SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº. 01/14

Processo Origem nº. 001.0500.000.071/2011
Processo nº. 001.0500.000.133/2013

TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO AO CONTRATO CELEBRADO EM **03/02/2012** ENTRE O **ESTADO DE SÃO PAULO**, POR INTERMÉDIO DA **SECRETARIA DE ESTADO 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. David Everson Uip**, brasileiro, casado, médico, R.G. nº. 4.509.000-2, CPF nº. 791.037.668-53, 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 DE RETIRRATIFICAÇÃO, 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 DE RETIRRATIFICAÇÃO** tem por objeto alterar cláusulas do Contrato de Gestão, de acordo com o estabelecido na Resolução SS nº 108 de 14 de outubro de 2013, bem como a operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidas em 2014 na **MATERNIDADE SANTA ISABEL,** 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

1. Em consonância com a Resolução SS nº 108 de 14 de outubro de 2013, que alterou dispositivos da Minuta do Contrato de Gestão, nas seguintes cláusulas contratuais: CLÁUSULA SEGUNDA – OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA, CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA, CLÁUSULA SÉTIMA – PARÁGRAFO QUINTO, conforme descrito abaixo:

CLÁUSULA SEGUNDA
OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

Em cumprimento às suas obrigações, cabe à CONTRATADA, além das obrigações constantes das especificações técnicas nos Anexos e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e estadual que regem a presente contratação, as seguintes:

1- Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Anexo Técnico I - Prestação de Serviços à população usuária do SUS - Sistema Único de Saúde e do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual - IAMSPE, conforme determina a Lei Complementar nº 971/2005 e de acordo com o estabelecido neste contrato;

2- Dar atendimento exclusivo aos usuários do SUS e do IAMSPE (Lei Complementar nº 971/2005) no estabelecimento de saúde cujo uso lhe fora permitido, nos termos do artigo 8º, inciso IV, da Lei Complementar nº 846/98;

3- Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência e, para os residentes nesta capital do Estado de São Paulo, o registro da região da cidade onde residem (Centro, Leste, Oeste, Norte ou Sul);

4- Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, de que trata a Lei Complementar nº 846/98, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

4.1- A responsabilidade de que trata o ítem anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art. 14 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor);

5- Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;

6- Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;

6.1- Comunicar à instância responsável da CONTRATANTE todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;

7- Transferir, integralmente à CONTRATANTE em caso de desqualificação e consequente extinção da Organização Social de Saúde, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde na **MATERNIDADE SANTA ISABEL** cujo uso lhe fora permitido;

8- Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença;

9- Instalar na **MATERNIDADE SANTA ISABEL**, cujo uso lhe fora permitido, "Serviço de Atendimento ao Usuário", devendo encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde relatório mensal de suas atividades, conforme o disposto nos Anexos deste Contrato de Gestão;

10- Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados;

11- Em se tratando de serviço de hospitalização informar, sempre que solicitado, à CONTRATANTE, o número de vagas disponíveis, a fim de manter atualizado o serviço de atendimento da "Central de Vagas do SUS" (plantão controlador), bem como indicar, em lugar visível do estabelecimento hospitalar, o número de vagas existentes no dia;

11.1- Em se tratando de serviços exclusivamente ambulatoriais, integrar o Serviço de Marcação de Consultas instituído pela Secretaria de Estado da Saúde, se esta assim o definir;

12- Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe fora permitido, seguido pelo nome designativo "Organização Social de Saúde";

13- Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;

14- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;

15- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, exceto nos casos de consentimento informado, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Consentido, quando deverá haver manifestação expressa de consentimento do paciente ou de seu representante legal, por meio de termo de responsabilidade pelo tratamento a que será submetido;

16- Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;

17- Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

18- Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

19- Em se tratando de serviço de hospitalização, permitir a visita ao paciente internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 02 (duas) horas;

20- Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

21- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou ao recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

22- Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;

23- Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;

24- Em se tratando de serviço de hospitalização, possuir e manter em pleno funcionamento:

- ❖ Comissão de Prontuário Médico;
- ❖ Comissão de Óbitos;
- ❖ Comissões de Ética Médica e de Controle de Infecção Hospitalar;

25- Fornecer ao paciente atendido, por ocasião de sua saída, seja no Ambulatório, Pronto-Socorro ou Unidade Hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado "INFORME DE ATENDIMENTO", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

1- Nome do paciente;
2- Nome da Unidade de atendimento;
3- Localização do Serviço/Hospital (endereço, Município, Estado);
4- Motivo do atendimento (CID-10);
5- Data de admissão e data da alta (em caso de internação);
6- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.

25.1- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento:
"Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais".

26- Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório a que se refere o item 25 desta cláusula, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;

27- Em se tratando de serviço de hospitalização, assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no hospital, nas internações de gestantes, crianças, adolescentes e idosos, com direito a alojamento e alimentação;

28- Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio das respectivas unidades;

29- A remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde não poderão exceder os níveis de remuneração praticados na rede privada de saúde, observando-se a média de valores de, pelo menos 10 (dez) instituições de mesmo porte e semelhante complexidade dos hospitais sob gestão das Organizações Sociais de Saúde, remuneração esta baseada em indicadores específicos divulgados por entidades especializadas em pesquisa salarial existentes no mercado;

30- A contratada não poderá celebrar contratos de qualquer natureza com empresas que estejam suspensas ou impedidas de licitar/negociar com a Administração Pública, bem como com empresas que tenham sido declaradas inidôneas para licitar/contratar com a Administração Pública, e, ainda, com empresas que estejam inscritas no CADIN Estadual;

31- Remeter mensalmente à CONTRATANTE informações dos atendimentos realizados a pacientes contribuintes, beneficiários ou agregados do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual (IAMSPE).

CLÁUSULA SEXTA
DO PRAZO DE VIGÊNCIA
O prazo de vigência do presente Contrato de Gestão será de 5 (cinco) anos.

CLÁUSULA SÉTIMA
PARÁGRAFO QUINTO
A CONTRATADA deverá receber e movimentar exclusivamente em conta corrente aberta em instituição oficial os recursos que lhe forem passados pela CONTRATANTE, constando como titular a unidade pública sob sua gestão, de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da OSS CONTRATADA. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à CONTRATANTE.

2. Ficam alterados os Anexos Técnicos I, II e III do **CONTRATO DE GESTÃO** assinado em 03/02/2012 e acrescenta na CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS, o PARÁGRAFO NONO e na CLÁUSULA OITAVA – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO, o PARÁGRAFO NONO, conforme redação abaixo:

CLÁUSULA SÉTIMA
DOS RECURSOS FINANCEIROS
PARÁGRAFO NONO
Pela prestação dos serviços especificados no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, do Termo de Retirratificação nº 01/14, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento, no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, a importância estimada de **R$ 19.405.200,00 (dezenove milhões, quatrocentos e cinco mil e duzentos reais)**, e no Anexo III – Dos Indicadores de Qualidade (parte variável), cujo repasse dar-se-á na modalidade **CONTRATO DE GESTÃO, conforme a Instrução TCESP nº 01/2008,** correspondente ao exercício financeiro de 2014 e que onerará a:

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

CLAUSULA OITAVA
CONDIÇÕES DE PAGAMENTO
PARÁGRAFO NONO
Fica acrescentado ao presente Contrato o somatório dos valores a serem repassados em 2014, estimado em **R$ 19.405.200,00 (dezenove milhões, quatrocentos e cinco mil e duzentos reais),** sendo que a transferência à **CONTRATADA** será efetivada mediante a liberação de 12 (doze) parcelas mensais, cujo valor corresponde a um valor fixo (1/12 de 90% do orçamento anual), e um valor correspondente à parte variável do contrato (1/12 de 10% do orçamento anual).
As parcelas mensais ficam estimadas **conforme tabela a seguir** e, serão pagas até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

Mês	Valor (R$)
Janeiro	1.617.100,00
Fevereiro	1.617.100,00
Março	1.617.100,00
Abril	1.617.100,00
Maio	1.617.100,00
Junho	1.617.100,00
Julho	1.617.100,00
Agosto	1.617.100,00
Setembro	1.617.100,00
Outubro	1.617.100,00
Novembro	1.617.100,00
Dezembro	1.617.100,00
TOTAL	**19.405.200,00**

CLÁUSULA TERCEIRA
DO PRAZO DE VIGÊNCIA
O prazo de vigência do presente Termo de Retirratificação vigorará a partir de sua assinatura até 31/12/2014.

CLÁUSULA QUARTA
DA RATIFICAÇÃO
Ficam mantidas todas as demais disposições e cláusulas do **CONTRATO DE GESTÃO** e, seus respectivos Termos de Retirratificação, não alterados por este instrumento.

CLÁUSULA QUINTA
DA PUBLICAÇÃO
O presente **Termo de Retirratificação** 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 contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

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

São Paulo, 20 ,de dezembro de 2013.

Prof. Dr. Wilson Pollara
Secretário Adjunto
Secretaria de Estado da Saúde

Dr. David Everson Uip
Secretário de Estado da Saúde

Dr. Pasqual Barretti
Diretor Presidente

Testemunhas:

1) _____
Nome:
R.G.: 6.548.694-8

Cleusa Ap. Santos Vezotto
Assistente Técnica de Direção
FAMESP

2) Cristiane Moura
Nome:
R.G. 27392145

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 e do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual – IAMSPE (Lei Complementar nº. 971/2005), 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 em 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 pressupõe 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 deverá ser informado 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 à 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 subsequentes (retornos)
- Procedimentos terapêuticos realizados por especialidades não médicas
- Cirurgias Ambulatoriais (Cirurgias Maiores Ambulatoriais e cirurgias menores ambulatoriais)
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo
- Sessões de tratamento: hemoterapia, litotripsia, hemodiálise, hemodinâmica, radioterapia e quimioterapia.

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 médica. No caso de atendimento não médico a primeira consulta deve se dar apenas na especialidade de fisioterapia, quando disponibilizada para unidades externas.

4.2 Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição, tanto no que se refere ao atendimento médico quanto ao não médico.

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 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 procedimentos terapêuticos realizados (sessões) por especialidades não médicas.

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 Serão consideradas intervenções cirúrgicas 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 pressupõe a presença do médico anestesista, realizados com anestesia geral, loco regional 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).

4.7 Com relação às Sessões de Tratamento: Quimioterapia, Hemodiálise, Hemodinâmica, etc., o volume realizado mensalmente pela unidade será informado com destaque, para acompanhamento destas atividades, conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

2. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste Contrato, de comum acordo entre os contratantes, o **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 de Retirratificação ao presente Contrato.

II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

II. 1 INTERNAÇÃO

II. 1.1 INTERNAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA, CLÍNICA OBSTÉTRICA, CLÍNICA PEDIÁTRICA E CLÍNICA PSIQUIÁTRICA (ENFERMARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO) - 2014

O hospital deverá realizar um numero de saídas hospitalares anual de **4.440,** de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS- Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Internações	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Clínica Médica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Obstétrica	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	350	**4.200**
Clínica Pediátrica	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	**240**
Clínica Psiquiátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	**370**	**370**	**370**	**370**	**370**	**370**	**370**	**370**	**370**	**370**	**370**	**370**	**4.440**

II. 1.2 INTERNAÇÃO EM CLÍNICA CIRÚRGICA (ENFERMARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO)

O hospital deverá realizar um número de saídas hospitalares anual de **240**, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS- Sistema Único de Saúde, classificando as saídas cirúrgicas em eletivas e de urgência (de acordo com a classificação do Manual SIHD)

Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Eletivas	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	**240**
Urgência	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**20**	**240**

A estimativa do volume de saídas cirúrgicas classificadas como eletivas/de urgência está baseada nos percentuais de saídas cirúrgicas de caráter eletivo e saídas cirúrgicas de caráter de urgência referidas na produção realizada e informada no SIH – DATASUS, pelo hospital, no exercício anterior.

Os procedimentos cirúrgicos obstétricos são atinentes às saídas obstétricas, não compõem o conjunto de saídas cirúrgicas.

II.1.3 HOSPITAL DIA E CIRURGIA AMBULATORIAL

O hospital deverá realizar um **total de 0** Cirurgias de HD, e Cirurgias Ambulatoriais

HD / Ambulatorial	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Cirurgia Hospital - Dia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cirurgia Ambulatorial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

II. 1.4 ATENDIMENTOS À URGÊNCIA (âmbito hospitalar)

Atendimento de Urgência Referenciado (Porta Fechada) ( )

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	**14.400**
Total	**1.200**	**1.200**	**1.200**	**1.200**	**1.200**	**1.200**	**1.200**	**1.200**	**1.200**	**1.200**	**1.200**	**1.200**	**14.400**

II. 2. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

AMBULATÓRIO													
	JAN	**FEV**	**MAR**	**ABR**	**MAI**	**JUN**	**JUL**	**AGO**	**SET**	**OUT**	**NOV**	**DEZ**	**TOTAL**
Atividade Ambulatorial Médica	**130**	**130**	**130**	**130**	**130**	**130**	**130**	**130**	**130**	**130**	**130**	**130**	**1.560**
Primeira Consulta	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	600
Interconsulta	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	480
Consulta Subsequente	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	480
Atividade Ambulatorial não Médica	**70**	**70**	**70**	**70**	**70**	**70**	**70**	**70**	**70**	**70**	**70**	**70**	**840**
Consulta não médica	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	840
Terapias Especializadas (Sessões) - Não Médicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	**200**	**200**	**200**	**200**	**200**	**200**	**200**	**200**	**200**	**200**	**200**	**200**	**2.400**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

MÉDICAS	2014	MÉDICAS	2014
Acupuntura		Infectologia	
Alergia / Imunologia		Mastologia	X
Anestesiologia	X	Nefrologia	
Cardiologia		Neonatologia	
Cirurgia Cardiovascular		Neurologia	X
Cirurgia Cabeça e Pescoço		Neurologia Infantil	
Cirurgia Geral		Neurocirurgia	
Cirurgia Pediátrica		Obstetrícia	X
Cirurgia Plástica		Oftalmologia	
Cirurgia Torácica		Oncologia	
Cirurgia Vascular		Ortopedia	
Dermatologia		Otorrinolaringologia	
Endocrinologia		Pneumologia	
Endocrinologia Infantil		Pneumologia Infantil	
Fisiatria		Proctologia	
Gastroenterologia		Psiquiatria	
Geriatria		Reumatologia	
Ginecologia	X	Urologia	
Hematologia		Outros	X

NÃO MÉDICAS	2014	NÃO MÉDICAS	2014
Enfermeiro	X	Psicólogo	X
Farmacêutico		Terapeuta Ocupacional	X
Fisioterapeuta	X	Buco Maxilo	
Fonoaudiólogo	X	Odontologia	
Nutricionista	X	Outros	

II. 3. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EXTERNO – SADT EXTERNO (ÂMBITO HOSPITALAR OU EXCLUSIVAMENTE AMBULATORIAL)

O Hospital oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade anual de **7.440** exames, 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 em Laboratório Clínico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatológica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diagnóstico por Radiologia	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3.600
Diagnóstico por Ultra-Sonografia	320	320	320	320	320	320	320	320	320	320	320	320	3.840
Diagnóstico por Tomografia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diagnóstico por Ressonância Magnética	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diagnóstico por Medicina Nuclear in Vivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diagnóstico por Endoscopia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diagnóstico por Radiologia Intervencionista	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Métodos Diagnósticos em Especialidades	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diagnóstico e Procedimentos Especiais em Hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	**620**	**620**	**620**	**620**	**620**	**620**	**620**	**620**	**620**	**620**	**620**	**620**	**7.440**

Os exames para apoio diagnóstico e terapêutico aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação utilizada pela NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

II 3.1 ACOMPANHAMENTO

Tratamentos Clínicos	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Tratamento Onco – Radioterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tratamento Onco – Quimioterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tratamento em Oftalmologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tratamento em Nefro – Dialítico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Terapia Especializada - Litotripisia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

III – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATADA

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 outros.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO TÉCNICO II
SISTEMA DE PAGAMENTO

I - Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento ficam 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 Hospital Dia e Cirurgias Ambulatoriais
(**x**) Atendimento Ambulatorial
(**x**) Atendimento a Urgências
(**x**) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo

1.1 As modalidades de atividade 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 à 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 HOSPITAL,** para o exercício de 2014, fica estimado no valor de **R$ 19.405.200,00 (dezenove milhões, quatrocentos e cinco mil e duzentos reais)** e compõe-se da seguinte forma:

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

Linha de Contratação	**%**	**Valor**	
Internação	26	R$	5.045.352,00
Clinica Cirúrgica	63	R$	12.225.276,00
Urgência	6	R$	-
Ambulatório	1	R$	1.164.312,00
SADT externo	4	R$	194.052,00
TOTAL	**100**	**R$**	**19.405.200,00**

4.1 90% (noventa por cento) do valor mencionado no item 03 (três), será repassado em 12 (doze) parcelas **segundo tabela a seguir**:

Mês	**90% (R$)**
Janeiro	1.455.390,00
Fevereiro	1.455.390,00
Março	1.455.390,00
Abril	1.455.390,00
Maio	1.455.390,00
Junho	1.455.390,00
Julho	1.455.390,00
Agosto	1.455.390,00
Setembro	1.455.390,00
Outubro	1.455.390,00
Novembro	1.455.390,00
Dezembro	1.455.390,00
Total	**17.464.680,00**

4.2. 10% (dez por cento) do valor mencionado no item 03 (três),será repassado mensalmente, juntamente com as parcelas fixas, com valor mensal estimado **segundo tabela a seguir,** 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 Contrato de Gestão:

Mês	10% (R$)
Janeiro	161.710,00
Fevereiro	161.710,00
Março	161.710,00
Abril	161.710,00
Maio	161.710,00
Junho	161.710,00
Julho	161.710,00
Agosto	161.710,00
Setembro	161.710,00
Outubro	161.710,00
Novembro	161.710,00
Dezembro	161.710,00
Total	**1.940.520,00**

4.3. 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, pela **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 7º dia útil, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **MATERNIDADE SANTA ISABEL** ;

5.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através 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;

5.3. O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pela **MATERNIDADE SANTA ISABEL** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6. 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 Janeiro e Julho, 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 re-pactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Retirratificação 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 de Retirratificação 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 abaixo, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 4.2 (quatro dois) 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 Janeiro a Julho

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 em Clínica Médica, Clínica Obstétrica, Clínica Pediátrica e Clínica Psiquiátrica	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$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R$)
INTERNAÇÃO CLINICA CIRURGICA	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 internação
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R$)
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 84,99% 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 84,99% 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"	
URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	**ATIVIDADE REALIZADA**	**VALOR A PAGAR**
	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 84,99% 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"	
URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	**ATIVIDADE REALIZADA**	**VALOR A PAGAR**
	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 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R$)

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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 DE GESTÃO**.

INDICADORES VALORADOS 2014

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 em Obstetrícia	25%	25%	25%	25%
Controle de Infecção Hospitalar	25%	25%	25%	25%