



## 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 e do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual – IAMSPE (Lei Complementar nº. 971/95), 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, 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 necessários 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;



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- ◆ 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 do **HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO "DR. CARLOS EDUARDO MARTINELLI"**.

### 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 MS/GM nº. 44, 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 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.





## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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 consequência 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: Agendamento via Central de Regulação (CROSS)
- ◆ 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 de referências regional (Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios, outros), ao ambulatório do Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade e agendamento por meio da Central de Regulação (CROSS).

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 Tratamentos Clínicos: (Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Terapia Especializada – Litotripsia), SADT externo ( Diagnóstico em laboratório clínico – CEAC e Diagnóstico em Anatomia Patológica – CEAC e SEDI – Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem), 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, o **HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO "DR. CARLOS EDUARDO MARTINELLI"** 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 mediante Termo de Retirratificação ao presente Contrato.

✓







## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Especialidades médicas	2018	Especialidades médicas	2018
Acupuntura		Mastologia	
Alergia/Imunologia		Medicina do trabalho	
Anestesiologia	X	Medic. Int./Clín. Geral <i>egressos enfermaria</i>	
Cardiologia		Nefrologia	
Cirurgia Cardiovascular		Neonatologia	
Cirurgia Geral	X	Neurocirurgia	
Cirurgia Pediátrica	X	Neurologia	
Cirurgia Plástica	X	Obstetrícia	
Cirurgia Torácica		Oftalmologia	X
Cirurgia Vascular	X	Oncologia	
Dermatologia		Ortopedia/Traumatologia	
Endocrinologia		Otorrinolaringologia	X
Endocrinologia Infantil		Pediatria- <i>egressos enfermaria</i>	
Fisiatria		Pneumologia	
Gastroenterologia		Proctologia	X
Genética Clínica		Psiquiatria	
Geriatria		Reumatologia	
Ginecologia		Urologia	X
Hematologia		Outros	
Infectologia			

Especialidades não Médicas	2018	Especialidades não Médicas	2018
Enfermeiro	X	Nutricionista	
Farmacêutico		Psicólogo	
Fisioterapeuta	X	Terapeuta Ocupacional	X
Fonoaudiólogo	X	Odontologia Buco/Maxilo	

✓



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

### II.3 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO

(âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial)

O hospital oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade anual de **14.400 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	1º semestre						2º semestre						TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Diagn.Laboratório Clínico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anat. Patológica Citopatologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ultra-sonografia	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000
Tomografia Computadorizada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ressonância Magnética	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina Nuclear in Vivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Endoscopia	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3.600
Radiologia Interv.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Métodos Diagnóstico em Especialidades	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	4.800
Proced. Especiais Hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>1.200</b>	<b>14.400</b>											

Os exames para apoio diagnóstico e terapêutico aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

✓



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

### **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 determinadas.

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

### CUSTEIO

UGE: 090192

FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10 302 0930 4852 0000

NATUREZA DA DESPESA: 33 90 39

FONTE DE RECURSOS: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – Lei 141/12

### CLÁUSULA OITAVA

#### CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Fica acrescentada a importância R\$ 41.754,00 (quarenta e um mil, setecentos e cinquenta e quatro reais) ao presente **CONTRATO DE GESTÃO**, alterando o somatório dos valores a serem repassados em 2018, agora estimados em R\$ 29.939.754,00 (vinte e nove milhões, novecentos e trinta e nove mil, setecentos e cinquenta e quatro reais), sendo o repasse efetivado nos meses de outubro a dezembro, conforme tabela abaixo:

MÊS	Contrato Gestão	TR 01/18 Descumpr. Meta (R\$)	TR 02/18 Projeto Especial (R\$)
Janeiro/18	R\$ 2.497.750,00	-	-
Fevereiro/18	R\$ 2.497.750,00	-	-
Março/18	R\$ 2.497.750,00	-	-
Abril/18	R\$ 2.497.750,00	(75.000,00)	-
Maió/18	R\$ 2.497.750,00	-	-
Junho/18	R\$ 2.497.750,00	-	-
Julho/18	R\$ 2.497.750,00	-	-
Agosto/18	R\$ 2.497.750,00	-	-
Setembro/18	R\$ 2.497.750,00	-	-
Outubro/18	R\$ 2.497.750,00	-	13.918,00
Novembro/18	R\$ 2.497.750,00	-	13.918,00
Dezembro/18	R\$ 2.497.750,00	-	13.918,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 29.973.000,00</b>	<b>(75.000,00)</b>	<b>41.754,00</b>

O pagamento da importância descrita no presente parágrafo seguirá as condições previstas no Anexo Técnico II – Sistema de Pagamento, especialmente o que consta no item 4.3.2.

### ANEXO TÉCNICO I

#### DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

...

#### II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

...

#### II. 4 – PROJETO ESPECIAL: MUTIRÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS (ESTRATÉGIA DA PORTARIA MS-GM 2.895/2018)

##### a) HD/Cirurgias Ambulatoriais

Saídas Cirúrgicas eletivas Portaria MS	2º semestre			
	Out	Nov	Dez	Total
AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	4	3	3	10
HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	4	3	3	10
HERNIOPLASTIA UMBILICAL	10	10	10	30
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>50</b>

Para que os procedimentos cirúrgicos eletivos realizados no período sejam considerados integrantes do Projeto Especial, o Hospital deverá cumprir plenamente sua meta nas modalidades “Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica” e/ou “Hospital-Dia Cirúrgico / Cirurgias Ambulatoriais” no segundo semestre de 2018, ou seja, 100% do volume contratado (item II.4 deste Anexo Técnico I). Caso contrário, cada cirurgia eletiva (hospitalar e/ou HD / Ambulatorial) informada como referente ao Projeto Especial será considerada procedimento cirúrgico regular até que a diferença entre cirurgias realizadas e pactuadas seja nula. Consequentemente, as cirurgias consideradas regulares devido à diferença na realização plena da meta

✓



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

cirúrgica (hospitalar e/ou HD – ambulatorial) não serão valoradas financeiramente segundo as regras de financiamento do **Projeto Especial**.

Os procedimentos cirúrgicos considerados integrantes do Projeto Especial terão acompanhamento individual por meio de planilha própria a ser enviada pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**. Será necessário informar, entre outros dados, o número da AIH ou de APAC com a série numérica especial estabelecida pela Portaria MS-GM 2.895/2018. Esta planilha não se enquadra na categoria de planilha de monitoramento para fins da apuração do **Indicador de Qualidade** “Monitoramento de Atividades Seleccionadas” referido no Anexo Técnico III - Indicadores de Qualidade.

### 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:

...

3. O montante do orçamento econômico-financeiro do **HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO “DR. CARLOS EDUARDO MARTINELLI”** para o exercício de 2018, fica estimado em **R\$ 29.939.754,00 (vinte e nove milhões, novecentos e trinta e nove mil, setecentos e cinquenta e quatro reais)** e será distribuído percentualmente nos termos indicado na Tabela I, para efeito de cálculo de desconto dos Indicadores de Produção, quando cabível:

**TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO**

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO	
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	%
Internação em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica	33
Internação em Clínica Cirúrgica	13
HD/Cirurgia Ambulatorial	21
Atendimento Ambulatorial Especialidades Médicas	24
Atendimento Ambulatorial Especialidades não Médicas	2
SADT Externo	7
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

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

4.1 Os pagamentos mensais à **CONTRATADA** para o ano de **2018**, dar-se-ão na seguinte maneira:



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

### TABELA II – CRONOGRAMAS

2018				
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO			CRONOGRAMA DE AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES	
Mês	Contrato Gestão Valor	TR 02/18 Projeto Especial * Valor	Indicadores de Qualidade	Indicadores de Produção
Janeiro	R\$ 2.497.750,00	-	1º trimestre – consolidação das informações em abril, avaliação em maio	1º semestre – consolidação das informações em julho, avaliação em agosto
Fevereiro	R\$ 2.497.750,00	-		
Março	R\$ 2.497.750,00	-		
Abril	R\$ 2.497.750,00	-	2º Trimestre – consolidação das informações em julho, avaliação em agosto	
Maio	R\$ 2.497.750,00	-		
Junho	R\$ 2.497.750,00	-		
Julho	R\$ 2.497.750,00	-	3º Trimestre - consolidação das informações em outubro, avaliação em novembro	2º semestre – consolidação das informações em janeiro, avaliação em fevereiro
Agosto	R\$ 2.497.750,00	-		
Setembro	R\$ 2.497.750,00	-		
Outubro	R\$ 2.497.750,00	R\$ 13.918,00	4º Trimestre - consolidação das informações em janeiro, avaliação em fevereiro	
Novembro	R\$ 2.497.750,00	R\$ 13.918,00		
Dezembro	R\$ 2.497.750,00	R\$ 13.918,00		
<b>Total</b>	<b>R\$ 29.973.000,00</b>	<b>R\$ 41.754,00</b>		

\*Aporte financeiro referente ao **Projeto Especial**, recurso que não deverá ser incluído para fins de desconto financeiro referente a avaliação e valoração dos **Indicadores de Qualidade** e dos **Indicadores de Produção**.

4.2 A **avaliação** e a **valoração** dos **Indicadores de Qualidade** serão realizadas nos meses de maio, agosto, novembro e fevereiro do ano seguinte, podendo gerar um **desconto financeiro a menor de até 10% do custeio da unidade no trimestre**, nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance das metas dos indicadores, pelo **HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO “DR. CARLOS EDUARDO MARTINELLI”**.

4.2.1 Quando de ajuste financeiro a menor por conta de avaliação dos **Indicadores de Qualidade**, o valor orçamentário de custeio a ser considerado não inclui o aporte financeiro referente ao **Projeto Especial**, materializado no **TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO nº 02/2018**, pois esses recursos são disponibilizados de acordo com a execução unitária de procedimentos.

4.3 A **avaliação** e a **valoração** dos **Indicadores de Produção** (modalidade por contratação das atividades assistenciais) serão realizadas nos meses de agosto e fevereiro do ano seguinte, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor de 10% a 30% do custeio da unidade no semestre**, nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance das metas dos indicadores constante na **TABELA III – VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL)** e de acordo com a **TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO**, constantes no Anexo Técnico II – Sistema de Pagamento.

4.3.1 Quando de ajuste financeiro a menor por conta de avaliação dos **Indicadores de Produção**, o valor orçamentário de custeio a ser considerado não inclui o aporte financeiro referente ao **Projeto Especial**, materializado no **TERMO DE RETIRRATIFICAÇÃO nº 02/2018**, pois esses recursos são disponibilizados de acordo com a execução unitária de procedimentos.

4.3.2 Os procedimentos cirúrgicos eletivos considerados como **Projeto Especial** serão financiados por produção unitária. Desse modo, quando realizada a avaliação do segundo semestre de 2018, se for constatado volume menor do que o pactuado para o semestre, haverá desconto financeiro na proporção do financiamento unitário do procedimento, isto é, um ajuste financeiro a menor relativo a cada procedimento unitário não realizado. A avaliação da quantidade de procedimentos apresentados considerará a pré-condição



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CUSTEIO

UGE: 090192

FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10 302 0930 4852 0000

NATUREZA DA DESPESA: 33 90 39

FONTE DE RECURSOS: Fundo Estadual de Saúde – Lei 141/12

### CLÁUSULA OITAVA

#### CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

A supressão mencionada na Cláusula Sétima – Dos Recursos Financeiros – Parágrafo Primeiro, será efetivada no mês de dezembro, alterando o presente Contrato a somatória dos valores a serem repassados em 2018, conforme cronograma abaixo:

#### CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS DE CUSTEIO

MÊS	Contrato Gestão	TR 01/18 Descumpr. Meta (R\$)	TR 02/18 Projeto Especial (R\$)	TR 03/18 Supressão (R\$)
Janeiro/18	R\$ 2.497.750,00	-	-	-
Fevereiro/18	R\$ 2.497.750,00	-	-	-
Março/18	R\$ 2.497.750,00	-	-	-
Abril/18	R\$ 2.497.750,00	(75.000,00)	-	-
Maio/18	R\$ 2.497.750,00	-	-	-
Junho/18	R\$ 2.497.750,00	-	-	-
Julho/18	R\$ 2.497.750,00	-	-	-
Agosto/18	R\$ 2.497.750,00	-	-	-
Setembro/18	R\$ 2.497.750,00	-	-	-
Outubro/18	R\$ 2.497.750,00	-	13.918,00	-
Novembro/18	R\$ 2.497.750,00	-	13.918,00	-
Dezembro/18	R\$ 2.497.750,00	-	13.918,00	(R\$ 1.597.750,00)
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 29.973.000,00</b>	<b>(75.000,00)</b>	<b>41.754,00</b>	<b>(R\$ 1.597.750,00)</b>

#### 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 06 (seis) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

- (X) Internação em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica (Enfermaria e Pronto-Socorro)
- (X) Internação em Clínica Cirúrgica
- (X) Hospital Dia /Cirurgias Ambulatoriais
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades Médicas
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades não Médicas
- ( ) Atendimento a Urgências
- (X) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo
- ( ) Outros Atendimentos.

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 do **HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO “DR. CARLOS EDUARDO MARTINELLI”** para o exercício de 2018, fica estimado em **R\$ 28.342.004,00 (vinte e oito milhões, trezentos e quarenta e dois mil e quatro reais)** e será distribuído percentualmente nos termos indicado na Tabela I, para efeito de cálculo de desconto dos Indicadores de Produção, quando cabível:



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO**

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO	
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	%
Internação em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica	33
Internação em Clínica Cirúrgica	13
HD/Cirurgia Ambulatorial	21
Atendimento Ambulatorial Especialidades Médicas	24
Atendimento Ambulatorial Especialidades não Médicas	2
SADT Externo	7
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

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

4.1 Os pagamentos mensais à **CONTRATADA** para o ano de **2018**, dar-se-ão na seguinte maneira:

**TABELA II – CRONOGRAMAS**

2018			
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO		CRONOGRAMA DE AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES	
Mês	Valor	Indicadores de Qualidade	Indicadores de Produção
Janeiro	R\$ 2.497.750,00	1º trimestre – consolidação das informações em abril, avaliação em maio	1º semestre – consolidação das informações em julho, avaliação em agosto
Fevereiro	R\$ 2.497.750,00		
Março	R\$ 2.497.750,00		
Abril	R\$ 2.422.750,00	2º Trimestre – consolidação das informações em julho, avaliação em agosto	
Maiο	R\$ 2.497.750,00		
Junho	R\$ 2.497.750,00		
Julho	R\$ 2.497.750,00	3º Trimestre - consolidação das informações em outubro, avaliação em novembro	2º semestre – consolidação das informações em janeiro, avaliação em fevereiro
Agosto	R\$ 2.497.750,00		
Setembro	R\$ 2.497.750,00	4º Trimestre - consolidação das informações em janeiro, avaliação em fevereiro	
Outubro	R\$ 2.497.750,00		
Novembro	R\$ 2.497.750,00		
Dezembro	R\$ 900.000,00		
<b>Total</b>	<b>R\$ 28.300.250,00</b>		



## 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 e do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual – IAMSPE (Lei Complementar nº. 971/95), 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, 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 necessários 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;

r



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- ◆ 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 do **HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO "DR. CARLOS EDUARDO MARTINELLI"**.

### 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 MS/GM nº. 44, 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 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 deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

3.3 Se, em consequência 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: Agendamento via Central de Regulação (CROSS)

R



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- ◆ 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 de referências regional (Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios, outros), ao ambulatório do Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade e agendamento por meio da Central de Regulação (CROSS).

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 Tratamentos Clínicos: (Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Terapia Especializada – Litotripsia), SADT externo ( Diagnóstico em laboratório clínico – CEAC e Diagnóstico em Anatomia Patológica – CEAC e SEDI – Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem), 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, o **HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO “DR. CARLOS EDUARDO MARTINELLI”** 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 mediante Termo de Retirratificação ao presente Contrato.

## II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

### II.1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

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

O hospital deverá realizar um número de **1.344** saídas hospitalares, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Saídas Hospitalares em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica	1º semestre						2º semestre						TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Clínica Médica	112	112	112	112	112	112	112	112	112	112	112	112	1.344
Obstetria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pediatria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>112</b>	<b>112</b>	<b>112</b>	<b>112</b>	<b>112</b>	<b>112</b>	<b>112</b>	<b>112</b>	<b>112</b>	<b>112</b>	<b>112</b>	<b>1.344</b>

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

O hospital deverá realizar um número de **960** saídas hospitalares, 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)

✓



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica	1º semestre						2º semestre						TOTAL	
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ		
Eletivas	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	960
Urgência														
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>960</b>

A estimativa do volume de saídas cirúrgicas classificadas como eletivas/de urgência está baseada nos percentuais de procedimentos cirúrgicos eletivos e de procedimentos cirúrgicos de urgência da 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

HD/Cirurgia Ambulatorial	1º semestre						2º semestre						TOTAL	
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ		
Hospital Dia	255	255	255	255	255	255	255	255	255	255	255	255	255	3.060
Cirurgia Ambulatorial	314	314	314	314	314	314	314	314	314	314	314	314	314	3.768
<b>Total Cirurgias</b>	<b>569</b>	<b>569</b>	<b>569</b>	<b>569</b>	<b>569</b>	<b>569</b>	<b>569</b>	<b>569</b>	<b>569</b>	<b>569</b>	<b>569</b>	<b>569</b>	<b>569</b>	<b>6.828</b>

### II.2 ATENDIMENTO AMBULATORIAL

(serviços ambulatoriais hospitalares ou exclusivamente ambulatoriais)

#### II.2.a) Atendimento Especialidades Médicas

O volume de primeiras consultas em especialidades médicas disponibilizados para a rede de referências na CROSS deve corresponder, no mínimo, ao volume definido na tabela abaixo:

ATENDIMENTO AMBULATORIAL Especialidades Médicas	1º semestre						2º semestre						TOTAL	
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ		
Primeira Consulta (Agendamento CROSS)	995	995	995	995	995	995	995	995	995	995	995	995	995	11.940
Interconsulta	463	463	463	463	463	463	463	463	463	463	463	463	463	5.556
Consulta Subseqüente	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	18.660
<b>Total Consultas</b>	<b>3.013</b>	<b>36.156</b>												

#### II.2.b) Atendimento ambulatorial em Especialidades não Médicas.

O volume de primeiras consultas em especialidades não médicas disponibilizados para a rede de referências na CROSS deve corresponder, no mínimo, ao volume definido na tabela abaixo:

R



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ATENDIMENTO AMBULATORIAL Especialidades não Médicas	1º semestre						2º semestre						TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
Primeira Consulta (agendamento CROSS)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1.200
Interconsulta	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	360
Consulta Subseqüente	220	220	220	220	220	220	220	220	220	220	220	220	2.640
Terapias (Sessões)	2.022	2.022	2.022	2.022	2.022	2.022	2.022	2.022	2.022	2.022	2.022	2.022	24.264
<b>Total Atendimentos</b>	<b>2.372</b>	<b>28.464</b>											

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

r



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS	
	PLANEJADAS
Enfermeiro	X
Farmacêutico	
Fisioterapeuta	X
Fonoaudiólogo	X
Nutricionista	
Psicólogo	
Terapeuta Ocupacional	X
Odontologia/Buco Maxilo	
Outros	

### II.3 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO (âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial)

O hospital oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade anual de **14.400 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 Laboratório Clínico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anatomia patológica e citopatologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ultra-Sonografia	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000
Tomografia Computadorizada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Resson. Magnética	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina Nuclear in Vivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Endoscopia	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3.600
Radiologia Intervencionista	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Métodos Diagn.em especialidades	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	4.800
Procedimentos especiais Hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>1.200</b>	<b>14.400</b>											

Os exames para apoio diagnóstico e terapêutico aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

### 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 determinadas.

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.

✓

Em virtude da realização do Projeto Especial Corujão da Saúde Temático - "Mutirão de procedimentos Cirúrgicos de Catarata" no presente exercício, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA** o valor de **R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais)**, que será acrescentado ao repasse de custeio no exercício 2019, correspondente aos meses de maio a julho, e que onerará a rubrica 10 302 0930 4852 0000, no item 33 90 39 75.

**CUSTEIO**

**UGE: 090192**

**FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10 302 0930 4852 0000**

**NATUREZA DA DESPESA: 33 90 39**

**FONTE DE RECURSOS: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – Lei 141/12**

**CLÁUSULA OITAVA**

**CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

Fica acrescentada a importância de **R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais)** ao presente **CONTRATO DE GESTÃO**, alterando o somatório dos valores a serem repassados em 2019, sendo o repasse efetivado nos meses de maio a julho, conforme tabela abaixo:

MÊS	TR 01/2019 (R\$)	TR 02/2019 Projeto Especial (R\$)
Janeiro	2.582.750,00	-
Fevereiro	2.885.000,00	-
Março	2.885.000,00	-
Abril	2.885.000,00	-
Maio	2.885.000,00	<b>20.000,00</b>
Junho	2.885.000,00	<b>20.000,00</b>
Julho	2.885.000,00	<b>20.000,00</b>
Agosto	2.885.000,00	-
Setembro	2.885.000,00	-
Outubro	2.885.000,00	-
Novembro	2.885.000,00	-
Dezembro	2.885.000,00	-
<b>TOTAL</b>	<b>34.317.750,00</b>	<b>60.000,00</b>

O pagamento da importância descrita no presente parágrafo seguirá as condições previstas no Anexo Técnico II – Sistema de Pagamento, especialmente o que consta no item 4.3.2.

...

**ANEXO TÉCNICO I**

**DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS**

...

**II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS**

...

**II. 4 – PROJETO ESPECIAL CORUJÃO DA SAÚDE TEMÁTICO - MUTIRÃO DE CIRURGIAS DE CATARATA (ESTRATÉGIA DA PORTARIA MS-GM 195/2019)**

HOSPITAL DIA E CIRURGIA AMBULATORIAL	1º semestre						2º semestre						Total
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Facoemulsificação com LIO	-	-	-	-	20	20	20	-	-	-	-	-	60
<b>Total</b>	-	-	-	-	20	20	20	-	-	-	-	-	60

Para que os procedimentos cirúrgicos de catarata realizados no período sejam considerados integrantes do Projeto Especial, o Hospital deverá cumprir plenamente sua meta de nas modalidades "Saídas

*pn*

**Hospitalares em Clínica Cirúrgica” e/ou “Hospital-Dia Cirúrgico / Cirurgias Ambulatoriais” nos meses de maio a julho**, ou seja, 100% do volume contratado (item II.4 deste Anexo Técnico I). Caso contrário, cada cirurgia de catarata (hospitalar e/ou HD / Ambulatorial) informada como referente ao Projeto Especial será considerada procedimento cirúrgico regular até que a diferença entre cirurgias realizadas e pactuadas seja nula. Consequentemente, as cirurgias e catarata consideradas regulares devido à diferença na realização plena da meta cirúrgica (hospitalar e/ou HD – ambulatorial) não serão valoradas financeiramente segundo as regras de financiamento do **Projeto Especial**.

Os procedimentos cirúrgicos de catarata considerados integrantes do Projeto Especial terão acompanhamento individual por meio de planilha própria a ser enviada pela **CONTRATANTE à CONTRATADA**. Será necessário informar, entre outros dados, o número da AIH ou de APAC com a série numérica especial estabelecida pela Portaria MS-GM 195/2019. Esta planilha não se enquadra na categoria de planilha de monitoramento para fins da apuração do **Indicador de Qualidade** “Monitoramento de Atividades Seleccionadas” referido no Anexo Técnico III - Indicadores de Qualidade.

**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:

...

3. O montante do orçamento econômico-financeiro do **HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO “DR. CARLOS EDUARDO MARTINELLI”** para o exercício de 2019, fica estimado em **R\$ 34.377.750,00 (trinta e quatro milhões, trezentos e setenta e sete mil, setecentos e cinquenta reais)**, e será distribuído percentualmente nos termos indicado na Tabela I, para efeito de cálculo de desconto dos Indicadores de Produção, quando cabível:

**TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO**

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO	
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	%
Internação em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica	33
Internação em Clínica Cirúrgica	14
HD/Cirurgia Ambulatorial	21
Atendimento Ambulatorial Especialidades Médicas	23
Atendimento Ambulatorial Especialidades não Médicas	2
SADT Externo	7
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

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

4.1 Os pagamentos mensais à **CONTRATADA** para o ano de 2019, dar-se-ão na seguinte maneira:

reais), que será acrescentado ao repasse de custeio no exercício 2019, correspondente aos meses de julho a setembro, e que onerará a rubrica 10 302 0930 4852 0000, no item 33 90 39 75.

**CUSTEIO**

**UGE: 090192**

**FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10 302 0930 4852 0000**

**NATUREZA DA DESPESA: 33 90 39**

**FONTE DE RECURSOS: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – Lei 141/12**

**CLÁUSULA OITAVA**

**CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

Fica acrescentada a importância de **R\$ 45.000,00 (quarenta e cinco mil reais)** ao presente **CONTRATO DE GESTÃO**, alterando o somatório dos valores a serem repassados em 2019, sendo o repasse efetivado nos meses de julho a setembro, conforme tabela abaixo:

MÊS	TR 01/2019 (R\$)	TR 02/2019 Projeto Especial (R\$)	TR 03/2019 Projeto Especial (R\$)
Janeiro	2.582.750,00	-	-
Fevereiro	2.885.000,00	-	-
Março	2.885.000,00	-	-
Abril	2.885.000,00	-	-
Maio	2.885.000,00	20.000,00	-
Junho	2.885.000,00	20.000,00	-
Julho	2.885.000,00	20.000,00	15.000,00
Agosto	2.885.000,00	-	15.000,00
Setembro	2.885.000,00	-	15.000,00
Outubro	2.885.000,00	-	-
Novembro	2.885.000,00	-	-
Dezembro	2.885.000,00	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>34.317.750,00</b>	<b>60.000,00</b>	<b>45.000,00</b>

**ANEXO TÉCNICO I**

**DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS**

**II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS**

**II.5 – PROJETO ESPECIAL CORUJÃO DA SAÚDE – SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EXTERNO – SADT EXTERNO 2019**

SADT EXTERNO	1º semestre						2º semestre						Total
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Endoscopia Digestiva Alta	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	300
<b>Total</b>	-	-	-	-	-	-	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	-	-	-	<b>300</b>

Os procedimentos diagnósticos realizados, considerados integrantes do Projeto Especial, terão acompanhamento individual por meio de relatório próprio, emitido pelo Portal CROSS (Agenda “Corujão da Saúde”) para fins de avaliação de produção, não substituindo ou compondo o volume de SADT Externo regular contratado para a unidade.

r

**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:

3. O montante do orçamento econômico-financeiro do **HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO "DR. CARLOS EDUARDO MARTINELLI"** para o exercício de 2019, fica estimado em **R\$ 34.422.750,00 (trinta e quatro milhões, quatrocentos e vinte e dois mil, setecentos e cinquenta reais)**, e será distribuído percentualmente nos termos indicado na Tabela I, para efeito de cálculo de desconto dos Indicadores de Produção, quando cabível:

**TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO**

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO	
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	%
Internação em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica	33
Internação em Clínica Cirúrgica	14
HD/Cirurgia Ambulatorial	21
Atendimento Ambulatorial Especialidades Médicas	23
Atendimento Ambulatorial Especialidades não Médicas	2
SADT Externo	7
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

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

4.1 Os pagamentos mensais à **CONTRATADA** para o ano de **2019**, dar-se-ão na seguinte maneira:

Total	1º semestre												2º semestre											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun						
300	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100							
300	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100							

L

**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. 971/95), 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, 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 necessários 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 do **HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO "DR. CARLOS EDUARDO MARTINELLI"**.

## **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 MS/GM nº. 44, 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 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 deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

3.3 Se, em consequência 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: Agendamento via Central de Regulação (CROSS)
- ◆ 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 de referências regional (Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios, outros), ao ambulatório do Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade e agendamento por meio da Central de Regulação (CROSS).

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 Tratamentos Clínicos: (Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Terapia Especializada - Litotripsia), SADT externo ( Diagnóstico em laboratório clínico - CEAC e Diagnóstico em Anatomia Patológica - CEAC e SEDI - Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem), 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, o **HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO "DR. CARLOS EDUARDO MARTINELLI"** 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 mediante Termo de ADITAMENTO ao presente Contrato.

## **II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS**

### **II. 1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES**

#### **II.1.1 INTERNAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA, CLÍNICA OBSTÉTRICA, CLÍNICA PEDIÁTRICA E CLÍNICA PSIQUIÁTRICA (ENFERMIARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO)**

O hospital deverá realizar um número de **1.344** saídas hospitalares, 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	112	112	112	112	112	112	112	112	112	112	112	112	1.344
Clínica Obstétrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Pediátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Psiquiátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>1.344</b>											

#### **II.1.2 INTERNAÇÃO EM CLÍNICA CIRÚRGICA (ENFERMIARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO)**

O hospital deverá realizar um número de **960** saídas hospitalares, 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	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	960
Urgências	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>960</b>											

A estimativa do volume de saídas cirúrgicas classificadas como eletivas/de urgência está baseada nos percentuais de procedimentos cirúrgicos eletivos e de procedimentos cirúrgicos de urgência da 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

CIRURGIA HOSPITAL-DIA/CIRURGIA AMBULATORIAL													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Cirurgia Hospital-Dia	255	255	255	255	255	255	255	255	255	255	255	255	3.060
Cirurgia Ambulatorial (CMA/cma)	445	445	445	445	445	445	445	445	445	445	445	445	5.340
<b>Total</b>	<b>700</b>	<b>8.400</b>											

### II.2 ATENDIMENTO AMBULATORIAL (serviços ambulatoriais hospitalares ou exclusivamente ambulatoriais)

#### II.2.a) Atendimento Especialidades Médicas

O volume de primeiras consultas em especialidades médicas disponibilizados para a rede de referências na CROSS deve corresponder, no mínimo, ao volume definido na tabela abaixo:

CONSULTAS MÉDICAS													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Primeira Consulta	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	12.120
Interconsulta	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	7.200
Consulta Subsequente	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	18.660
<b>Total</b>	<b>3.165</b>	<b>37.980</b>											

#### II.2.b) Atendimento ambulatorial em Especialidades não Médicas.

O volume de primeiras consultas em especialidades não médicas disponibilizados para a rede de referências na CROSS deve corresponder, no mínimo, ao volume definido na tabela abaixo:

CONSULTAS NÃO MÉDICAS													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Primeiras Consultas Rede	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	660
Interconsultas	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	360
Consultas Subseqüentes	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	4.800
Procedimentos Terapêuticos (sessões)	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	26.400
<b>Total</b>	<b>2.685</b>	<b>32.220</b>											



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

ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS			
	PLANEJADAS		
Enfermeiro	X		
Farmacêutico			
Fisioterapeuta	X		
Fonoaudiólogo	X		
Nutricionista			
Psicólogo			
Terapeuta Ocupacional	X		
Odontologia/Buco Maxilo			
Outros			

### II.3 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO (âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial)

O hospital oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade anual de **14.640 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 Laboratório Clínico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anatomia patológica e citopatologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ultra-Sonografia	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000
Tomografia Computadorizada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Resson. Magnética	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina Nuclear in Vivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Endoscopia	320	320	320	320	320	320	320	320	320	320	320	320	3.840
Radiologia Intervencionista	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Métodos Diagn.em especialidades	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	4.800
Procedimentos especiais Hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>1.220</b>	<b>14.640</b>											

Os exames para apoio diagnóstico e terapêutico aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.



## 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. 971/95), 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, 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 necessários 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;

rad

- ◆ 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 do **HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO "DR. CARLOS EDUARDO MARTINELLI"**.

## **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 MS/GM nº. 44, 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 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 deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

3.3 Se, em consequência 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: Agendamento via Central de Regulação (CROSS)
- ◆ 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 de referências regional (Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios, outros), ao ambulatório do Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade e agendamento por meio da Central de Regulação (CROSS).

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 Tratamentos Clínicos: (Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Terapia Especializada – Litotripsia), SADT externo ( Diagnóstico em laboratório clínico – CEAC e Diagnóstico em Anatomia Patológica – CEAC e SEDI – Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem), 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, o **HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO "DR. CARLOS EDUARDO MARTINELLI"** 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 mediante Termo de ADITAMENTO ao presente Contrato.

## **II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS**

### **II. 1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES**

#### **II.1.1 INTERNAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA, CLÍNICA OBSTÉTRICA, CLÍNICA PEDIÁTRICA E CLÍNICA PSIQUIÁTRICA (ENFERMIARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO)**

O hospital deverá realizar um número de **1.344** saídas hospitalares, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

<b>UNIDADES DE INTERNAÇÃO - SAÍDAS POR CLÍNICA</b>													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Clínica Médica	112	112	112	112	112	112	112	112	112	112	112	112	1.344
Clínica Obstétrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Pediátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Psiquiátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>1.344</b>											

#### **II.1.2 INTERNAÇÃO EM CLÍNICA CIRÚRGICA (ENFERMIARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO)**

O hospital deverá realizar um número de **480** saídas hospitalares, 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)

<b>SAÍDAS HOSPITALARES EM CLÍNICA CIRÚRGICA</b>													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Eletivas	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	480
Urgências	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>480</b>											

A estimativa do volume de saídas cirúrgicas classificadas como eletivas/de urgência está baseada nos percentuais de procedimentos cirúrgicos eletivos e de procedimentos cirúrgicos de urgência da 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**

<b>CIRURGIA HOSPITAL-DIA/CIRURGIA AMBULATORIAL</b>													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Cirurgia Hospital-Dia	255	255	255	255	255	255	255	255	255	255	255	255	3.060
Cirurgia Ambulatorial (CMA/cma)	485	485	485	485	485	485	485	485	485	485	485	485	5.820
<b>Total</b>	<b>740</b>	<b>8.880</b>											

**II.2 ATENDIMENTO AMBULATORIAL**  
**(serviços ambulatoriais hospitalares ou exclusivamente ambulatoriais)**

**II.2.a) Atendimento Especialidades Médicas**

O volume de primeiras consultas em especialidades médicas disponibilizados para a rede de referências na CROSS deve corresponder, no mínimo, ao volume definido na tabela abaixo:

CONSULTAS MÉDICAS													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Primeira Consulta	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	12.120
Interconsulta	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	7.200
Consulta Subsequente	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	18.660
<b>Total</b>	<b>3.165</b>	<b>37.980</b>											

**II.2.b) Atendimento ambulatorial em Especialidades não Médicas.**

O volume de primeiras consultas em especialidades não médicas disponibilizados para a rede de referências na CROSS deve corresponder, no mínimo, ao volume definido na tabela abaixo:

CONSULTAS NÃO MÉDICAS													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Primeiras Consultas Rede	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	660
Interconsultas	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	360
Consultas Subseqüentes	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	4.800
Procedimentos Terapêuticos (sessões)	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	26.400
<b>Total</b>	<b>2.685</b>	<b>32.220</b>											

**ESPECIALIDADES MÉDICAS**

	2021
Acupuntura	
Alergia / Imunologia	
Anestesiologia	X
Cardiologia	
Cirurgia Cardiovascular	
Cirurgia Cabeça e Pescoço	
Cirurgia Geral	X
Cirurgia Pediátrica	X
Cirurgia Plástica	X
Cirurgia Torácica	
Cirurgia Vascular	X
Dermatologia	X
Endocrinologia	
Endocrinologia Infantil	
Fisiatria	
Gastroenterologia	
Geriatria	
Ginecologia	
Hematologia	
Infectologia	
Mastologia	
Nefrologia	
Neonatologia	
Neurologia	
Neurologia Infantil	
Neurocirurgia	
Obstetrícia	
Oftalmologia	X
Oncologia	
Ortopedia	
Otorrinolaringologia	X
Pneumologia	
Pneumologia Infantil	
Proctologia	X
Psiquiatria	
Reumatologia	
Urologia	X
Outros	

**ESPECIALIDADES NÃO MEDICAS**

Enfermeiro  
Farmacêutico  
Fisioterapeuta  
Fonoaudiólogo  
Nutricionista  
Psicólogo  
Terapeuta Ocupacional  
Odontologia/Buco Maxilo  
Outros

2021

X
X
X
X
X
X
X
X
X

**II.3 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO**  
(âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial)

O hospital oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade anual de **14.640 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 Laboratório Clínico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anatomia patológica e citopatologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ultra-Sonografia	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000
Tomografia Computadorizada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Resson. Magnética	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina Nuclear in Vivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Endoscopia	320	320	320	320	320	320	320	320	320	320	320	320	3.840
Radiologia Intervencionista	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Métodos Diagn.em especialidades	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	4.800
Procedimentos especiais Hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>1.220</b>	<b>14.640</b>											

Os exames para apoio diagnóstico e terapêutico aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

### **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 determinadas.

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.



## ANEXO TÉCNICO II SISTEMA DE PAGAMENTO

### I – PRINCÍPIOS E PROCEDIMENTOS

Com o fito de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

I.1 A atividade assistencial da **CONTRATADA** subdivide-se nas modalidades abaixo assinaladas, as quais referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da Unidade sob gestão da **CONTRATADA**, conforme especificação e quantidades relacionadas no Anexo Técnico I – Descrição de Serviços:

- (X) Saídas Hospitalares em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica (Enfermaria e Pronto- Socorro)
- (X) Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica
- (X) Hospital Dia /Cirurgias Ambulatoriais
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades Médicas
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades não Médicas
- ( ) Atendimento a Urgências
- (X) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo
- ( ) Outros atendimentos.

I.2 Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da **CONTRATANTE**, conforme especificado no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços.

### II – AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO

A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme detalhado nas Tabelas que se seguem.

II.1 Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços, podendo gerar ajuste financeiro a menor de 10% a 30% no valor do repasse para custeio da unidade no semestre, dependendo do percentual de alcance das metas dos indicadores constante na TABELA II – VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL) e respeitando-se a proporcionalidade de cada modalidade de contratação de atividade assistencial especificada na TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO, constantes no presente Anexo.

II.1.1 Da análise realizada poderá resultar desconto financeiro, bem como repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada mediante Termo de Aditamento ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do instrumento contratual.

II.1.2 A avaliação do cumprimento das metas não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos de Aditamento 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 da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

II.2 Do período de avaliação:

- 1º semestre – consolidação das informações em julho e avaliação em agosto;
- 2º semestre – consolidação das informações em janeiro e avaliação em fevereiro no ano seguinte.

II.2.1 Na hipótese da unidade não possuir um semestre de funcionamento ou haver troca de gestor, a primeira avaliação e valoração das metas dos **Indicadores de Produção** (modalidade por contratação das atividades assistenciais), para efeito de desconto, será efetivada no semestre posterior.

II.2.1 Caso a CONTRATADA se mantenha na gestão da unidade, após a devida Convocação Pública, com a formalização de um novo contrato de gestão, será considerado o período de avaliação completo.

II.3 Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, detalhados no item anterior.

II.4 O valor repassado de custeio no período avaliado, exceto aqueles recursos provenientes de "mutirões de procedimentos eletivos", será distribuído percentualmente nos termos indicados na Tabela I, para efeito de cálculo de desconto dos Indicadores de Produção, quando cabível.

**TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO**

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO	
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	%
Internação em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica	33
Internação em Clínica Cirúrgica	14
HD/Cirurgia Ambulatorial	21
Atendimento Ambulatorial Especialidades Médicas	23
Atendimento Ambulatorial Especialidades não Médicas	2
SADT Externo	7
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

**TABELA II – VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL)**

ATIVIDADE REALIZADA	QUANTIDADE PRODUZIDA	FORMULA DE CALCULO (EM REAIS)
<b>Saídas Hospitalares em Clínica Médica e Clínica Pediátrica</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 70% e 94,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>Saídas Hospitalares Cirúrgicas</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 70% e 94,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>Hospital dia cirúrgico</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>AMBULATÓRIO Especialidades – Médicas</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>AMBULATÓRIO Especialidades – Não Médicas</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>SADT EXTERNO</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>URGÊNCIA / EMERGÊNCIA</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo

### III - AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE

Os valores percentuais apontados na tabela inserida no Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade serão utilizados como base de cálculo do valor a ser descontado, em caso de descumprimento de metas dos indicadores detalhados naquele Anexo.

III.1 A avaliação e a valoração dos desvios no cumprimento dos Indicadores de Qualidade podem gerar um desconto financeiro a menor de até 10% do custeio da unidade no trimestre, nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance das metas dos indicadores estabelecidos no Anexo Técnico III.

III.2 Do período de avaliação:

- 1º trimestre – consolidação das informações em abril e avaliação em maio;
- 2º trimestre – consolidação das informações em julho e avaliação em agosto;
- 3º trimestre – consolidação das informações em outubro e avaliação em novembro;
- 4º trimestre – consolidação das informações em janeiro e avaliação em fevereiro do ano seguinte.

III.2.1 Na hipótese da unidade não possuir um trimestre de funcionamento ou haver troca de gestor, a primeira avaliação e valoração das metas dos Indicadores de Qualidade do Contrato de Gestão, para efeitos de desconto, será efetivada no trimestre posterior.

III.2.2 Caso a CONTRATADA se mantenha na gestão da unidade, após a devida Convocação Pública, com a formalização de um novo contrato de gestão, será considerado o período de avaliação completo.

III.3 Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, detalhados no item anterior.

III.4 Para efeitos de cálculo do desconto dos Indicadores de Qualidade, será considerado o percentual de 10% (dez por cento) sobre o montante repassado a título de custeio à CONTRATADA no período avaliado, exceto aqueles recursos provenientes de “mutirões de procedimentos eletivos”, combinado com os indicadores estabelecidos no Anexo Técnico III.

III.5 Fórmula:

Indicador	Orçamento de custeio no trimestre	Valoração do indicador de qualidade	Tabela do Anexo Técnico III
	Soma dos repasses do período	X 10%	X peso do indicador

III.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 dia 11 (onze), a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela Unidade:

III.6.1. 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**.



III.7 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.

III.8 O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pela Unidade gerenciada e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

III.9 A **CONTRATADA** deverá encaminhar as Certidões Negativas de Débitos Federal, Estadual e Municipal, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas e Certificado de Regularidade do FGTS, tanto da Unidade gerenciada quanto da OSS, além de extratos bancários, preços de materiais e medicamentos praticados (quando for o caso), entre outras informações, nos prazos e condições definidos pela **CONTRATANTE**.

III.10 A **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido no contrato.



**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. 971/95), 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, 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 necessários 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 do **HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO "DR. CARLOS EDUARDO MARTINELLI"**.

## 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 MS/GM nº. 44, 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 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 deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

3.3 Se, em consequência 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: Agendamento via Central de Regulação (CROSS)
- ◆ 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 de referências regional (Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios, outros), ao ambulatório do Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade e agendamento por meio da Central de Regulação (CROSS).

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 Tratamentos Clínicos: (Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Terapia Especializada - Litotripsia), SADT externo ( Diagnóstico em laboratório clínico - CEAC e Diagnóstico em Anatomia Patológica - CEAC e SEDI - Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem), 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, o **HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO "DR. CARLOS EDUARDO MARTINELLI"** 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 mediante Termo de ADITAMENTO ao presente Contrato.

## **II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS**

### **II. 1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES**

#### **II.1.1 INTERNAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA, CLÍNICA OBSTÉTRICA, CLÍNICA PEDIÁTRICA E CLÍNICA PSIQUIÁTRICA (ENFERMIARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO)**

O hospital deverá realizar um número de **1.344** saídas hospitalares, 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	112	112	112	112	112	112	112	112	112	112	112	112	1.344
Clínica Obstétrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Pediátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Psiquiátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>1.344</b>											

#### **II.1.2 INTERNAÇÃO EM CLÍNICA CIRÚRGICA (ENFERMIARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO)**

O hospital deverá realizar um número de **960** saídas hospitalares, 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	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	<b>960</b>
Urgências	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>960</b>											

A estimativa do volume de saídas cirúrgicas classificadas como eletivas/de urgência está baseada nos percentuais de procedimentos cirúrgicos eletivos e de procedimentos cirúrgicos de urgência da 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**

CIRURGIA HOSPITAL-DIA/CIRURGIA AMBULATORIAL													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Cirurgia Hospital-Dia	255	255	255	255	255	255	255	255	255	255	255	255	3.060
Cirurgia Ambulatorial (CMA/cma)	445	445	445	445	445	445	445	445	445	445	445	445	<b>5.340</b>
<b>Total</b>	<b>700</b>	<b>8.400</b>											

**II.2 ATENDIMENTO AMBULATORIAL**  
**(serviços ambulatoriais hospitalares ou exclusivamente ambulatoriais)**

**II.2.a) Atendimento Especialidades Médicas**

O volume de primeiras consultas em especialidades médicas disponibilizados para a rede de referências na CROSS deve corresponder, no mínimo, ao volume definido na tabela abaixo:

CONSULTAS MÉDICAS													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Primeira Consulta	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	12.120
Interconsulta	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	7.200
Consulta Subsequente	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	1.555	18.660
<b>Total</b>	<b>3.165</b>	<b>37.980</b>											

**II.2.b) Atendimento ambulatorial em Especialidades não Médicas.**

O volume de primeiras consultas em especialidades não médicas disponibilizados para a rede de referências na CROSS deve corresponder, no mínimo, ao volume definido na tabela abaixo:

CONSULTAS NÃO MÉDICAS													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Primeiras Consultas Rede	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	660
Interconsultas	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	360
Consultas Subseqüentes	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	4.800
Procedimentos Terapêuticos (sessões)	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	26.400
<b>Total</b>	<b>2.685</b>	<b>32.220</b>											

ESPECIALIDADES MÉDICAS	2022
Acupuntura	
Alergia / Imunologia	
Anestesiologia	X
Cardiologia	X
Cirurgia Cardiovascular	
Cirurgia Cabeça e Pescoço	
Cirurgia Geral	X
Cirurgia Pediátrica	X
Cirurgia Plástica	X
Cirurgia Torácica	
Cirurgia Vascular	X
Dermatologia	X
Endocrinologia	
Endocrinologia Infantil	
Fisiatria	
Gastroenterologia	
Geriatria	
Ginecologia	
Hematologia	
Infectologia	
Mastologia	
Nefrologia	
Neonatologia	
Neurologia	X
Neurologia Infantil	
Neurocirurgia	
Obstetrícia	
Oftalmologia	X
Oncologia	
Ortopedia	
Otorrinolaringologia	X
Pneumologia	
Pneumologia Infantil	
Proctologia	X
Psiquiatria	
Reumatologia	
Urologia	X
Outros	X

A  
R

ESPECIALIDADES NÃO MEDICAS	2022
Enfermeiro	X
Farmacêutico	
Fisioterapeuta	X
Fonoaudiólogo	X
Nutricionista	X
Psicólogo	X
Terapeuta Ocupacional	X
Odontologia/Buco Maxilo	
Outros	

### II.3 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO (âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial)

O hospital oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade anual de **14.640 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 Laboratório Clínico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anatomia patológica e citopatologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ultra-Sonografia	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000
Tomografia Computadorizada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Resson. Magnética	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina Nuclear in Vivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Endoscopia	320	320	320	320	320	320	320	320	320	320	320	320	3.840
Radiologia Intervencionista	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Métodos Diagn.em especialidades	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	4.800
Procedimentos especiais Hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>1.220</b>	<b>14.640</b>											

Os exames para apoio diagnóstico e terapêutico aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

**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 determinadas.

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.

*Handwritten signature*

**ANEXO TÉCNICO II**  
**SISTEMA DE PAGAMENTO**

**I – PRINCÍPIOS E PROCEDIMENTOS**

Com o fito de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

I.1 A atividade assistencial da **CONTRATADA** subdivide-se nas modalidades abaixo assinaladas, as quais referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da Unidade sob gestão da **CONTRATADA**, conforme especificação e quantidades relacionadas no Anexo Técnico I – Descrição de Serviços:

- (X) Saídas Hospitalares em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica (Enfermaria e Pronto- Socorro)
- (X) Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica
- (X) Hospital Dia /Cirurgias Ambulatoriais
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades Médicas
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades não Médicas
- ( ) Atendimento a Urgências
- (X) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo
- ( ) Outros atendimentos.

I.2 Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da **CONTRATANTE**, conforme especificado no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços.

**II – AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO**

A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme detalhado nas Tabelas que se seguem.

II.1 Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços, podendo gerar ajuste financeiro a menor de 10% a 30% no valor do repasse para custeio da unidade no semestre, dependendo do percentual de alcance das metas dos indicadores constante na TABELA II – VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL) e respeitando-se a proporcionalidade de cada modalidade de contratação de atividade assistencial especificada na TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO, constantes no presente Anexo.

II.1.1 Da análise realizada poderá resultar desconto financeiro, bem como repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada mediante Termo de Aditamento ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do instrumento contratual.

II.1.2 A avaliação do cumprimento das metas não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos de Aditamento 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 da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

II.2 Do período de avaliação:

- 1º semestre – consolidação das informações em julho e avaliação em agosto;
- 2º semestre – consolidação das informações em janeiro e avaliação em fevereiro no ano seguinte.

II.2.1 Na hipótese da unidade não possuir um semestre de funcionamento ou haver troca de gestor, a primeira avaliação e valoração das metas dos **Indicadores de Produção** (modalidade por contratação das atividades assistenciais), para efeito de desconto, será efetivada no semestre posterior.

II.2.1 Caso a CONTRATADA se mantenha na gestão da unidade, após a devida Convocação Pública, com a formalização de um novo contrato de gestão, será considerado o período de avaliação completo.

II.3 Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, detalhados no item anterior.

II.4 O valor repassado de custeio no período avaliado, exceto aqueles recursos provenientes de "mutirões de procedimentos eletivos", será distribuído percentualmente nos termos indicados na Tabela I, para efeito de cálculo de desconto dos Indicadores de Produção, quando cabível.

**TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO**

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO	
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	%
Internação em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica	33
Internação em Clínica Cirúrgica	14
HD/Cirurgia Ambulatorial	21
Atendimento Ambulatorial Especialidades Médicas	23
Atendimento Ambulatorial Especialidades não Médicas	2
SADT Externo	7
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

**TABELA II – VALORAÇÃO DOS DESVIOS DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL)**

ATIVIDADE REALIZADA	QUANTIDADE PRODUZIDA	FORMULA DE CALCULO (EM REAIS)
<b>Saídas Hospitalares em Clínica Médica e Clínica Pediátrica</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 70% e 94,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>Saídas Hospitalares Cirúrgicas</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 70% e 94,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>Hospital dia cirúrgico</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>AMBULATÓRIO Especialidades – Médicas</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>AMBULATÓRIO Especialidades – Não Médicas</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>SADT EXTERNO</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
<b>URGÊNCIA / EMERGÊNCIA</b>	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo

### III - AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE

Os valores percentuais apontados na tabela inserida no Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade serão utilizados como base de cálculo do valor a ser descontado, em caso de descumprimento de metas dos indicadores detalhados naquele Anexo.

III.1 A avaliação e a valoração dos desvios no cumprimento dos Indicadores de Qualidade podem gerar um desconto financeiro a menor de até 10% do custeio da unidade no trimestre, nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance das metas dos indicadores estabelecidos no Anexo Técnico III.

III.2 Do período de avaliação:

- 1º trimestre – consolidação das informações em abril e avaliação em maio;
- 2º trimestre – consolidação das informações em julho e avaliação em agosto;
- 3º trimestre – consolidação das informações em outubro e avaliação em novembro;
- 4º trimestre – consolidação das informações em janeiro e avaliação em fevereiro do ano seguinte.

III.2.1 Na hipótese da unidade não possuir um trimestre de funcionamento ou haver troca de gestor, a primeira avaliação e valoração das metas dos Indicadores de Qualidade do Contrato de Gestão, para efeitos de desconto, será efetivada no trimestre posterior.

III.2.2 Caso a CONTRATADA se mantenha na gestão da unidade, após a devida Convocação Pública, com a formalização de um novo contrato de gestão, será considerado o período de avaliação completo.

III.3 Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, detalhados no item anterior.

III.4 Para efeitos de cálculo do desconto dos Indicadores de Qualidade, será considerado o percentual de 10% (dez por cento) sobre o montante repassado a título de custeio à CONTRATADA no período avaliado, exceto aqueles recursos provenientes de "mutirões de procedimentos eletivos", combinado com os indicadores estabelecidos no Anexo Técnico III.

III.5 Fórmula:

Indicador	Orçamento de custeio no trimestre	Valoração do indicador de qualidade	Tabela do Anexo Técnico III
	Soma dos repasses do período	X 10%	X peso do indicador

III.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 dia 11 (onze), a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela Unidade:

III.6.1. 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**.

III.7 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.

III.8 O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pela Unidade gerenciada e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

III.9 A **CONTRATADA** deverá encaminhar as Certidões Negativas de Débitos Federal, Estadual e Municipal, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas e Certificado de Regularidade do FGTS, tanto da Unidade gerenciada quanto da OSS, além de extratos bancários, preços de materiais e medicamentos praticados (quando for o caso), entre outras informações, nos prazos e condições definidos pela **CONTRATANTE**.

III.10 A **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido no contrato.



**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, ao desempenho da unidade e a qualidade da informação apresentada.

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 o torna 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.

**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 unidade gerenciada 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 de Qualidade utilizados neste **Contrato de Gestão**.

A tabela abaixo apresenta o peso de cada Indicador de Qualidade para a avaliação e valoração de cada trimestre. Essa valoração poderá gerar desconto financeiro de até 10% sobre valor dos repasses realizados para a unidade no período avaliativo, conforme estabelecido no item III do Anexo Técnico II – Sistema de Pagamento.

Pré-requisitos
<b>Apresentação de AIH</b>
Percentual de registros de CEP
Diagnóstico secundário por especialidade
Percentual de AIH referente às saídas hospitalares
<b>Programa de Controle de Infecção Hospitalar</b>

**PESO DOS INDICADORES DE QUALIDADE VALORADOS PARA O ANO DE 2022**

Indicadores	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
<b>Qualidade de Informação</b>	20%	20%	20%	20%
<b>Interação com o Paciente</b>	10%	10%	10%	10%
<b>Módulos de Regulação / CROSS</b>	20%	20%	20%	20%
<b>Tempo Médio em Reabilitação CER III</b>	10%	10%	10%	10%
<b>Atividade Cirúrgica</b>	20%	20%	20%	20%
<b>Monitoramento de Atividades Seleccionadas</b>	20%	20%	20%	20%