



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;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- ◆ 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 SERRANA**.

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.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- 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 regionais (UBS - Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios, outros), ao ambulatório do Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade e agendado 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 (Diagnostico em laboratório clínico – CEAC e Diagnostico 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 SERRANA** 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 1.278 saídas hospitalares, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| 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 | - | - | - | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 1.089 |
| Obstétrica | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Pediatria | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Psiquiatria | - | - | - | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 189 |
| Total | - | - | - | 142 | 142 | 142 | 142 | 142 | 142 | 142 | 142 | 142 | 1.278 |

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

O hospital deverá realizar um número de **369** 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 | 1º semestre | | | | | | 2º semestre | | | | | | TOTAL |
|--|-------------|-----|-----|-----------|-----------|-----------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | |
| Eletivas | - | - | - | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 369 |
| Urgência | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total | - | - | - | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 369 |

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 | - | - | - | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 648 |
| Cirurgia Ambulatorial | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total Cirurgias | - | - | - | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 648 |

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:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| 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) | - | - | - | 113 | 113 | 113 | 113 | 113 | 113 | 113 | 113 | 113 | 1.017 |
| Interconsulta | - | - | 300 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 1.308 |
| Consulta Subseqüente | - | - | 15 | 336 | 336 | 336 | 336 | 336 | 336 | 336 | 336 | 336 | 3.039 |
| Total Consultas | - | - | 315 | 561 | 561 | 561 | 561 | 561 | 561 | 561 | 561 | 561 | 5.364 |

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:

| 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) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Interconsulta | - | - | 40 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 1.120 |
| Consulta Subseqüente | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Terapias (Sessões) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total Atendimentos | - | - | 40 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 1.120 |



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| Especialidades médicas | 2019 | Especialidades médicas | 2019 |
|---------------------------|------|---|------|
| Acupuntura | | Mastologia | |
| Alergia/Imunologia | | Medicina do trabalho | |
| Anestesiologia | X | Medic. Int./Clin. Geral egressos enfermagem | |
| Cardiologia | | Nefrologia | |
| Cirurgia Cardiovascular | | Neonatologia | |
| Cirurgia Geral | X | Neurocirurgia | |
| Cirurgia Cabeça e Pescoço | X | | |
| Cirurgia Pediátrica | | Neurologia | |
| Cirurgia Plástica | | Obstetria | |
| Cirurgia Torácica | X | Oftalmologia | |
| Cirurgia Vascular | X | Oncologia | |
| Dermatologia | | Ortopedia/Traumatologia | X |
| Endocrinologia | | Otorinolaringologia | X |
| Endocrinologia Infantil | | Pediatria-egressos enfermagem | |
| Fisiatria | | Pneumologia | |
| Gastroenterologia | | Proctologia | X |
| Genética Clínica | | Psiquiatria | X |
| Geriatría | | Reumatologia | |
| Ginecologia | | Urologia | |
| Hematologia | | Outros | |
| Infectologia | | | |

| Especialidades não Médicas | 2019 | Especialidades não Médicas | 2019 |
|----------------------------|------|----------------------------|------|
| Enfermeiro | X | Nutricionista | |
| Farmacêutico | | Psicólogo | |
| Fisioterapeuta | | Terapeuta Ocupacional | |
| Fonoaudiólogo | | Odontologia Buco/Maxilo | |

II.3 ATENDIMENTO À URGÊNCIAS (âmbito hospitalar)

Atendimento de Urgência Referenciado (Porta Fechada) (X)

Atendimento de Urgência não referenciado (Porta Aberta) ()

| Consulta de Urgência | 1º semestre | | | | | | 2º semestre | | | | | | TOTAL | |
|----------------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|----|
| | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | | |
| Total | - | - | - | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 90 |

II.4 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO (âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial)

O hospital oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade de **4.500** 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:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| 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 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Ultrassonografia | - | - | - | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 1.350 |
| Tomografia Computadorizada | - | - | - | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 1.800 |
| Ressonância Magnética | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Medicina Nuclear In Vivo | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Endoscopia | - | - | - | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 1.350 |
| Radiologia Interv. | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Métodos Diagnósticos em Especialidades | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Proced. Especiais Hemoterapia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total | - | - | - | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 4.500 |

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.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO TÉCNICO II SISTEMA DE PAGAMENTO

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

1. A atividade assistencial da **CONTRATADA** subdivide-se em 07 (sete) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

- (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
- (X) 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 SERRANA** para o mês de Dezembro/2018, fica estimado em **R\$ 395.231,66 (trezentos e noventa e cinco mil, duzentos e trinta e um reais e sessenta e seis centavos)**, o valor de R\$42.638.132,24 (quarenta e dois milhões, seiscentos e trinta e oito mil, cento e trinta e dois reais e vinte e quatro centavos), correspondente ao Custeio do exercício de 2019 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 | 20 |
| Internação em Clínica Cirúrgica | 50 |
| HD/Cirurgia Ambulatorial | 5 |
| Urgência | 3 |
| Ambulatório Especialidades Médicas | 5 |
| Ambulatório Especialidades não Médicas | 2 |
| SADT Externo | 15 |
| TOTAL | 100% |



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

recursos financeiros de Investimento no valor de R\$ 1.865.217,00 (hum milhão, oitocentos e sessenta e cinco mil, duzentos e dezessete reais) que onerarão a:

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

INVESTIMENTO

UGE: 090192

FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10 302 0930 4852 0000

NATUREZA DA DESPESA: 44 50 42

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

CLÁUSULA OITAVA

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

A readequação mencionada na Cláusula Sétima – dos Recursos Financeiros - Parágrafo Primeiro, será efetivada a partir de **abril/2019**, alterando o presente Contrato a somatória dos valores a serem repassados de recursos financeiros de Custeio em 2019, estimados em **R\$ 26.270.748,66 (vinte e seis milhões, duzentos e setenta mil, setecentos e quarenta e oito reais e sessenta e seis centavos)**, sendo que a transferência à CONTRATADA será efetivada conforme cronograma abaixo:

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS DE CUSTEIO e INVESTIMENTO

| MÊS | Contrato Gestão (R\$) | TR 01/19 (Readequação Custeio) (R\$) | TR 01/19 Investimento (R\$) | Repasso Custeio Mensal Total (R\$) |
|--------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Janeiro | 551.231,66 | - | - | 551.231,66 |
| Fevereiro | 1.070.803,84 | - | - | 1.070.803,84 |
| Março | 3.090.504,80 | - | 1.865.217,00 | 3.090.504,80 |
| Abril | 4.213.954,66 | 0,00 | - | 0,00 |
| Mai | 4.213.954,66 | 1.550.000,00 | - | 1.550.000,00 |
| Junho | 4.213.954,66 | 1.550.000,00 | - | 1.550.000,00 |
| Julho | 4.213.954,66 | 1.780.299,04 | - | 1.780.299,04 |
| Agosto | 4.213.954,66 | 2.250.000,00 | - | 2.250.000,00 |
| Setembro | 4.213.954,66 | 3.000.000,00 | - | 3.000.000,00 |
| Outubro | 4.213.954,66 | 3.000.000,00 | - | 3.000.000,00 |
| Novembro | 4.213.954,66 | 4.213.954,66 | - | 4.213.954,66 |
| Dezembro | 4.213.954,66 | 4.213.954,66 | - | 4.213.954,66 |
| TOTAL | 42.638.132,24 | 21.558.208,36 | 1.865.217,00 | 26.270.748,66 |

ANEXO TÉCNICO I

DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

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 **772** saídas hospitalares no período de abril a dezembro/2019, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| 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 | - | - | - | 25 | 41 | 41 | 62 | 62 | 62 | 90 | 121 | 121 | 625 |
| Obstetria | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Pediatria | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Psiquiatria | - | - | - | 7 | 7 | 14 | 14 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 147 |
| Total | - | - | - | 32 | 48 | 55 | 76 | 83 | 83 | 111 | 142 | 142 | 772 |

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

O hospital deverá realizar um número de **198** 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 | 1º semestre | | | | | | 2º semestre | | | | | | TOTAL |
|--|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | |
| Eletivas | - | - | - | - | - | 16 | 16 | 28 | 28 | 28 | 41 | 41 | 198 |
| Urgência | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total | - | - | - | - | - | 16 | 16 | 28 | 28 | 28 | 41 | 41 | 198 |

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 | - | - | - | - | - | 23 | 23 | 46 | 46 | 46 | 72 | 72 | 328 |
| Cirurgia Ambulatorial | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total Cirurgias | - | - | - | - | - | 23 | 23 | 46 | 46 | 46 | 72 | 72 | 328 |

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:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| 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) | - | - | - | 230 | 160 | 160 | 113 | 113 | 113 | 113 | 113 | 113 | 1.228 |
| Interconsulta | - | - | - | - | - | 80 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 752 |
| Consulta Subseqüente | - | - | - | 50 | 120 | 120 | 336 | 336 | 336 | 336 | 336 | 336 | 2.306 |
| Total Consultas | - | - | - | 280 | 280 | 360 | 561 | 561 | 561 | 561 | 561 | 561 | 4.286 |

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:

| 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) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Interconsulta | - | - | - | 60 | 60 | 60 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 900 |
| Consulta Subseqüente | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Terapias (Sessões) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total Atendimentos | - | - | - | 60 | 60 | 60 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 900 |

II.3 ATENDIMENTO À URGÊNCIAS (âmbito hospitalar)

Atendimento de Urgência Referenciado (Porta Fechada) (X)
Atendimento de Urgência não referenciado (Porta Aberta) ()

| Consulta de Urgência | 1º semestre | | | | | | 2º semestre | | | | | | TOTAL |
|----------------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | |
| Total | - | - | - | - | - | 2 | 2 | 4 | 4 | 10 | 10 | 10 | 42 |

II.4 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO (âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial)

O hospital oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade de **3.857** exames no período de abril a dezembro/2019, 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:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| 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 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Ultrassonografia | - | - | - | - | 50 | 151 | 151 | 151 | 151 | 151 | 151 | 151 | 1.107 |
| Tomografia Computadorizada | - | - | - | 100 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 1.700 |
| Ressonância Magnética | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Medicina Nuclear in Vivo | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Endoscopia | - | - | - | 50 | 50 | 100 | 100 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 1.050 |
| Radiologia Interv. | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Métodos Diagnósticos em Especialidades | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Proced. Especiais Hemoterapia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total | - | - | - | 150 | 300 | 451 | 451 | 501 | 501 | 501 | 501 | 501 | 3.857 |

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 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;

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 SERRANA**.

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 agendado 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 de Estado 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 SERRANA** 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 SAÍDAS HOSPITALARES EM CLÍNICA MÉDICA, CLÍNICA OBSTÉTRICA, CLÍNICA PEDIÁTRICA E CLÍNICA PSIQUIÁTRICA (ENFERMARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO)

O hospital deverá realizar um número de **1.452** saídas hospitalares anual, 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 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 1.200 |
| Clínica Obstétrica | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Clínica Pediátrica | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Clínica Psiquiátrica | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 252 |
| Total | 121 | 1.452 |

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

O hospital deverá realizar um número de **744** saídas hospitalares anual 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 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 744 |
| Urgências | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total | 62 | 744 |

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 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 864 |
| Cirurgia Ambulatorial (CMA/cma) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total | 72 | 864 |

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 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 2.556 |
| Interconsulta | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 1.344 |
| Consulta Subsequente | 236 | 236 | 236 | 236 | 236 | 236 | 236 | 236 | 236 | 236 | 236 | 236 | 2.832 |
| Total | 561 | 6.732 |

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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Interconsultas | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 1.440 |
| Consultas Subseqüentes | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Procedimentos Terapêuticos (sessões) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total | 120 | 1.440 |

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

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

II.3 ATENDIMENTO A URGÊNCIAS (âmbito hospitalar)

Atendimento de Urgência Referenciado (Porta Fechada) **(X)**
 Atendimento de Urgência não referenciado (Porta Aberta) **()**

| URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
| Consultas de Urgência | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 240 |
| Total | 20 | 240 |

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

O Ambulatório oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade de **6.012 exames**, a pacientes **EXTERNOS** ao ambulatório, 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 | 151 | 151 | 151 | 151 | 151 | 151 | 151 | 151 | 151 | 151 | 151 | 151 | 1.812 |
| Tomografia Computadorizada | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 2.400 |
| Resson. Magnética | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Medicina Nuclear in Vivo | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Endoscopia | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 1.800 |
| Radiologia Intervencionista | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Métodos Diagn.em especialidades | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Procedimentos especiais Hemoterapia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total | 501 | 6.012 |

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;
- 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 Cirúrgico /Cirurgias Ambulatoriais
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades Médicas
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades não Médicas
- (X) Atendimento a Urgências
- (X) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo – 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 | 47 |
| Internação em Clínica Cirúrgica | 28 |
| HD/Cirurgia Ambulatorial | 5 |
| Urgência | 4 |
| Ambulatório Especialidades Médicas | 5 |
| Ambulatório Especialidades não Médicas | 2 |
| SADT Externo | 9 |
| TOTAL | 100% |



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

| ATIVIDADE REALIZADA | QUANTIDADE PRODUZIDA | FORMULA DE CALCULO (EM REAIS) |
|---|---|--|
| Saídas Hospitalares em Clínica Médica e Clínica Pediátrica | 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 |
| Saídas Hospitalares Cirúrgicas | 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 |
| Hospital dia cirúrgico | 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 |
| AMBULATÓRIO Especialidades - Médicas | 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 |
| AMBULATÓRIO Especialidades - Não Médicas | 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 |
| SADT EXTERNO | 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 |
| URGÊNCIA / EMERGÊNCIA | 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**.

**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 |
|--|
| Apresentação de AIH |
| Percentual de registros de CEP correspondentes ao endereço |
| Diagnóstico secundário por especialidade |
| Percentual de AIH referente às saídas |
| Programa de Controle de Infecção Hospitalar |

PESO DOS INDICADORES DE QUALIDADE VALORADOS PARA O ANO DE 2020

| Indicadores | 1º trimestre | 2º trimestre | 3º trimestre | 4º trimestre |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Qualidade de Informação | 20% | 20% | 20% | 20% |
| Humanização e Segurança do Paciente | 10% | 10% | 10% | 10% |
| Módulos de Regulação - CROSS | 20% | 20% | 20% | 20% |
| Protocolos Assistenciais de Saúde Mental | 10% | 10% | 10% | 10% |
| Atividade Cirúrgica | 20% | 20% | 20% | 20% |
| Monitoramento de Atividades Seleccionadas | 20% | 20% | 20% | 20% |

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 SERRANA**.

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 ambulatórios do Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade e agendado 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 Nas Unidades Assistenciais Estaduais sob contrato de gestão ou convênios análogos consideram-se atendimentos ambulatoriais passíveis de realização por meios eletrônicos, de modo síncrono, nas modalidades de teleconsulta e telemonitoramento:

I - consultas médicas, exceto da especialidade oftalmologia;

II - consultas e sessões com os profissionais de saúde enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, educadores físicos, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Para caracterização do atendimento ambulatorial efetivamente realizado por meio eletrônico, a unidade de saúde deverá adotar as medidas necessárias para o registro adequado em prontuário do paciente, detalhando orientação e conduta, bem como identificando o profissional responsável pelo atendimento, nos termos da legislação.

Para fins de contabilização de metas dos contratos de gestão e convênios análogos, o atendimento ambulatorial realizado por meio eletrônico, deverá ter correspondência em agenda do módulo ambulatorial da Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS).

As atividades realizadas serão informadas mensalmente à CGCSS e seus resultados serão acompanhados e avaliados, e não serão considerados como "PRODUÇÃO" para efeitos de alcance de metas.

4.7 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 de Estado 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 SERRANA** 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 SAÍDAS HOSPITALARES EM CLÍNICA MÉDICA, CLÍNICA OBSTÉTRICA, CLÍNICA PEDIÁTRICA E CLÍNICA PSIQUIÁTRICA (ENFERMIARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO)

O hospital deverá realizar um número de **1.452** saídas hospitalares anual, 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 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 1.200 |
| Clínica Obstétrica | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Clínica Pediátrica | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Clínica Psiquiátrica | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 252 |
| Total | 121 | 1.452 |

II.1.2 SAÍDAS HOSPITALARES EM CLÍNICA CIRÚRGICA (ENFERMIARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO)

O hospital deverá realizar um número de **744** saídas hospitalares anual 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 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 744 |
| Urgências | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total | 62 | 744 |

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 | 66 | 66 | 66 | 66 | 66 | 66 | 66 | 66 | 66 | 66 | 66 | 66 | 792 |
| Cirurgia Ambulatorial (CMA/cma) | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 72 |
| Total | 72 | 864 |

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:

R

| CONSULTAS MÉDICAS | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
| Primeira Consulta | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 2.556 |
| Interconsulta | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 1.344 |
| Consulta Subsequente | 136 | 136 | 136 | 136 | 136 | 136 | 136 | 136 | 136 | 136 | 136 | 136 | 1.632 |
| Total | 461 | 5.532 |

ATENDIMENTO AMBULATORIAL (ESPECIALIDADES MÉDICAS – EM TELECONSULTA - ACOMPANHAMENTO)

| TELEMEDICINA - ACOMPANHAMENTO | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
| Interconsulta - Médica | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Consulta subsequente - Médica | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 1.200 |

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 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Interconsultas | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 1.440 |
| Consultas Subseqüentes | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Procedimentos Terapêuticos (sessões) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total | 120 | 1.440 |

ATENDIMENTO AMBULATORIAL (ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS – EM TELECONSULTA - ACOMPANHAMENTO)

| TELEMEDICINA - ACOMPANHAMENTO | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
| Interconsulta - Não médica | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Consulta subsequente - Não médica | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

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

ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS

| | 2021 |
|-------------------------|------|
| Enfermeiro | X |
| Farmacêutico | |
| Fisioterapeuta | X |
| Fonoaudiólogo | |
| Nutricionista | |
| Psicólogo | |
| Terapeuta Ocupacional | |
| Odontologia/Buco Maxilo | |
| Outros | |

II.3 ATENDIMENTO A URGÊNCIAS (âmbito hospitalar)

Atendimento de Urgência Referenciado (Porta Fechada) **(X)**
Atendimento de Urgência não referenciado (Porta Aberta) **()**

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

| | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | TOTAL |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Consultas de Urgência | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 240 |
| Total | 20 | 240 |

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

O Ambulatório oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade de **6.012 exames**, a pacientes **EXTERNOS** ao ambulatório, 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 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 1.452 |
| Tomografia Computadorizada | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 2.400 |
| Resson. Magnética | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Medicina Nuclear in Vivo | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Endoscopia | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 150 | 1.800 |
| Radiologia Intervencionista | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Métodos Diagn.em especialidades | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 360 |
| Procedimentos especiais Hemoterapia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total | 501 | 6.012 |

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde

Av. Dr. Arnaldo, 351 - 3º andar - sala 314 | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8828

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;
- 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 Cirúrgico /Cirurgias Ambulatoriais
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades Médicas
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades não Médicas
- (X) Atendimento a Urgências
- (X) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo – 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 | 47 |
| Internação em Clínica Cirúrgica | 28 |
| HD/Cirurgia Ambulatorial | 5 |
| Urgência | 4 |
| Ambulatório Especialidades Médicas | 5 |
| Ambulatório Especialidades não Médicas | 2 |
| SADT Externo | 9 |
| TOTAL | 100% |

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

| ATIVIDADE REALIZADA | QUANTIDADE PRODUZIDA | FORMULA DE CALCULO (EM REAIS) |
|---|---|--|
| Saídas Hospitalares em Clínica Médica e Clínica Pediátrica | 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 |
| Saídas Hospitalares Cirúrgicas | 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 |
| Hospital dia cirúrgico | 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 |
| AMBULATÓRIO Especialidades – Médicas | 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 |
| AMBULATÓRIO Especialidades – Não Médicas | 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 |
| SADT EXTERNO | 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 |
| URGÊNCIA / EMERGÊNCIA | 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.



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

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;

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 3º andar - sala 314 | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8828

Assinado digitalmente por JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:43:14 e EDUARDO LOPES SEIXAS - Testemunha / HE - SERRANA - 29/12/2022 às 12:05:47.
Assinado com senha por RICARDO DE CARVALHO CAVALLI - Representante Entidade Parceira / 57722118000140 - 28/12/2022 às 15:30:33, VALDAIR FRANCISCO MUGLIA - Diretor Científico / FAEPA - 28/12/2022 às 15:34:16 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:43.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 28/12/2022 às 14:00:32.
Documento Nº: 61098076-3732 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61098076-3732>



SESDC12022313537



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

- ♦ 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 SERRANA**.

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.

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 3º andar - sala 314 | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8828

Assinado digitalmente por JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:43:14 e EDUARDO LOPES SEIXAS - Testemunha / HE - SERRANA - 29/12/2022 às 12:05:47.
Assinado com senha por RICARDO DE CARVALHO CAVALLI - Representante Entidade Parceira / 57722118000140 - 28/12/2022 às 15:30:33, VALDAIR FRANCISCO MUGLIA - Diretor Científico / FAEPA - 28/12/2022 às 15:34:16 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:43.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 28/12/2022 às 14:00:32.
Documento Nº: 61098076-3732 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61098076-3732>



SESDC12022313537



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

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 ambulatórios do Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade e agendado 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).

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 3º andar - sala 314 | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8828

Assinado digitalmente por JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:43:14 e EDUARDO LOPES SEIXAS - Testemunha / HE - SERRANA - 29/12/2022 às 12:05:47.
Assinado com senha por RICARDO DE CARVALHO CAVALLI - Representante Entidade Parceira / 57722118000140 - 28/12/2022 às 15:30:33, VALDAIR FRANCISCO MUGLIA - Diretor Científico / FAEPA - 28/12/2022 às 15:34:16 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:43.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 28/12/2022 às 14:00:32.
Documento N°: 61098076-3732 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61098076-3732>



SESDC12022313537



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

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 Nas Unidades Assistenciais Estaduais sob contrato de gestão ou convênios análogos consideram-se atendimentos ambulatoriais passíveis de realização por meios eletrônicos, de modo síncrono, nas modalidades de teleconsulta e telemonitoramento:

I - consultas médicas, exceto da especialidade oftalmologia;

II - consultas e sessões com os profissionais de saúde enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, educadores físicos, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Para caracterização do atendimento ambulatorial efetivamente realizado por meio eletrônico, a unidade de saúde deverá adotar as medidas necessárias para o registro adequado em prontuário do paciente, detalhando orientação e conduta, bem como identificando o profissional responsável pelo atendimento, nos termos da legislação.

Para fins de contabilização de metas dos contratos de gestão e convênios análogos, o atendimento ambulatorial realizado por meio eletrônico, deverá ter correspondência em agenda do módulo ambulatorial da Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS).

As atividades realizadas serão informadas mensalmente à CGCSS e seus resultados serão acompanhados e avaliados, e não serão considerados como "PRODUÇÃO" para efeitos de alcance de metas.

4.7 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 de Estado 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 SERRANA** 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 SAÍDAS HOSPITALARES EM CLÍNICA MÉDICA, CLÍNICA OBSTÉTRICA, CLÍNICA PEDIÁTRICA E CLÍNICA PSIQUIÁTRICA (ENFERMIARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO)

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 3º andar - sala 314 | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8828

Assinado digitalmente por JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:43:14 e EDUARDO LOPES SEIXAS - Testemunha / HE - SERRANA - 29/12/2022 às 12:05:47.
Assinado com senha por RICARDO DE CARVALHO CAVALLI - Representante Entidade Parceira / 57722118000140 - 28/12/2022 às 15:30:33, VALDAIR FRANCISCO MUGLIA - Diretor Científico / FAEPA - 28/12/2022 às 15:34:16 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:43.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 28/12/2022 às 14:00:32.
Documento Nº: 61098076-3732 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61098076-3732>



SESDC12022313537



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

O hospital deverá realizar um número de **1.111** 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 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 0 | 880 |
| Clínica Psiquiátrica | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 0 | 231 |
| Clínica Obstétrica | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Clínica Pediátrica | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total | 101 | 0 | 1.111 |

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

O hospital deverá realizar um número de **847** 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 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 0 | 847 |
| Total | 77 | 0 | 847 |

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 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 0 | 792 |
| Total | 72 | 0 | 792 |

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:

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde

Av. Dr. Arnaldo, 351 - 3º andar - sala 314 | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8828

Assinado digitalmente por JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:43:14 e EDUARDO LOPES SEIXAS - Testemunha / HE - SERRANA - 29/12/2022 às 12:05:47.

Assinado com senha por RICARDO DE CARVALHO CAVALLI - Representante Entidade Parceira / 57722118000140 - 28/12/2022 às 15:30:33, VALDAIR FRANCISCO MUGLIA - Diretor Científico / FAEPA - 28/12/2022 às 15:34:16 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:43.

Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 28/12/2022 às 14:00:32.

Documento N°: 61098076-3732 - consulta à autenticidade em <https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61098076-3732>



SESDC12022313537



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

| Consultas Médicas | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total |
|----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|--------------|
| Primeira Consulta | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 213 | 0 | 2.343 |
| Interconsulta | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 112 | 0 | 1.232 |
| Consulta Subsequente | 236 | 236 | 236 | 236 | 236 | 236 | 236 | 236 | 236 | 236 | 236 | 0 | 2.596 |
| Total | 561 | 0 | 6.171 |

| Especialidades Médicas | |
|---------------------------|---|
| Anestesiologia | X |
| Cardiologia | X |
| Cirurgia Cabeça e Pescoço | X |
| Cirurgia Geral | X |
| Cirurgia Vasculuar | X |
| Gastroenterologia | X |
| Hematologia | X |
| Ortopedia | X |
| Proctologia | X |

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 |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|--------------|
| Interconsulta | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 0 | 1.320 |
| Total | 120 | 0 | 1.320 |

| Especialidades Não Médicas | |
|----------------------------|---|
| Enfermeiro | X |

II.3 ATENDIMENTO A URGÊNCIAS (âmbito hospitalar)

Atendimento de Urgência Referenciado (X)

Atendimento de Urgência não referenciado ()

| Urgência Emergência | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| Consultas de Urgência | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 0 | 220 |
| Total | 20 | 0 | 220 |

| Especialidades - Urgência/Emergência | |
|--------------------------------------|---|
| Clínica Médica | X |
| Psiquiatria | X |

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 3º andar - sala 314 | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8828

Assinado digitalmente por JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:43:14 e EDUARDO LOPES SEIXAS - Testemunha / HE - SERRANA - 29/12/2022 às 12:05:47.
Assinado com senha por RICARDO DE CARVALHO CAVALLI - Representante Entidade Parceira / 57722118000140 - 28/12/2022 às 15:30:33, VALDAIR FRANCISCO MUGLIA - Diretor Científico / FAEPA - 28/12/2022 às 15:34:16 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:43
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 28/12/2022 às 14:00:32.
Documento Nº: 61098076-3732 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61098076-3732>



SESDC12022313537



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

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

O Ambulatório oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade de **4.906 exames**, a pacientes **EXTERNOS** ao ambulatório, 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 |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|--------------|
| Ultrassonografia com Doppler | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 0 | 66 |
| Outras Ultrassonografias | 105 | 105 | 105 | 105 | 105 | 105 | 105 | 105 | 105 | 105 | 105 | 0 | 1.155 |
| Total Ultra-Sonografia | 111 | 0 | 1.221 |
| Tomografia Computadorizada | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 0 | 2.200 |
| Total Tomografia Computadorizada | 200 | 0 | 2.200 |
| Endoscopia Digestiva Alta | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 0 | 660 |
| Colonoscopia | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 0 | 385 |
| Total Endoscopia | 95 | 0 | 1.045 |
| Outros | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 0 | 440 |
| Total Métodos diag. em Especialidades | 40 | 0 | 440 |
| Total | 446 | 0 | 4.906 |

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;
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 3º andar - sala 314 | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8828

Assinado digitalmente por JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:43:14 e EDUARDO LOPES SEIXAS - Testemunha / HE - SERRANA - 29/12/2022 às 12:05:47.
Assinado com senha por RICARDO DE CARVALHO CAVALLI - Representante Entidade Parceira / 57722118000140 - 28/12/2022 às 15:30:33, VALDAIR FRANCISCO MUGLIA - Diretor Científico / FAEPA - 28/12/2022 às 15:34:16 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:43.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 28/12/2022 às 14:00:32.
Documento Nº: 61098076-3732 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61098076-3732>



SESDC12022313537



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

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 Cirúrgico /Cirurgias Ambulatoriais
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades Médicas
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades não Médicas
- (X) Atendimento a Urgências
- (X) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo – 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

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 3º andar - sala 314 | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8828

Assinado digitalmente por JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:43:14 e EDUARDO LOPES SEIXAS - Testemunha / HE - SERRANA - 29/12/2022 às 12:05:47.
Assinado com senha por RICARDO DE CARVALHO CAVALLI - Representante Entidade Parceira / 57722118000140 - 28/12/2022 às 15:30:33, VALDAIR FRANCISCO MUGLIA - Diretor Científico / FAEPA - 28/12/2022 às 15:34:16 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:43.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 28/12/2022 às 14:00:32.
Documento Nº: 61098076-3732 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61098076-3732>



SESDC12022313537



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

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 | 46 |
| Internação em Clínica Cirúrgica | 27 |
| HD/Cirurgia Ambulatorial | 5 |
| Urgência | 4 |
| Ambulatório Especialidades Médicas | 7 |
| Ambulatório Especialidades não Médicas | 2 |
| SADT Externo | 9 |
| TOTAL | 100% |

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 3º andar - sala 314 | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8828

Assinado digitalmente por JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:43:14 e EDUARDO LOPES SEIXAS - Testemunha / HE - SERRANA - 29/12/2022 às 12:05:47.
Assinado com senha por RICARDO DE CARVALHO CAVALLI - Representante Entidade Parceira / 57722118000140 - 28/12/2022 às 15:30:33, VALDAIR FRANCISCO MUGLIA - Diretor Científico / FAEPA - 28/12/2022 às 15:34:16 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:43.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 28/12/2022 às 14:00:32.
Documento Nº: 61098076-3732 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61098076-3732>



SESDC12022313537



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

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

| ATIVIDADE REALIZADA | QUANTIDADE PRODUZIDA | FORMULA DE CALCULO (EM REAIS) |
|---|---|--|
| Saídas Hospitalares em Clínica Médica, Obstétrica, Pediátrica e Psiquiátrica | 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 |
| Saídas Hospitalares Cirúrgicas | 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 |
| Hospital dia cirúrgico | 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 |
| AMBULATÓRIO Especialidades – Médicas | 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 |
| AMBULATÓRIO Especialidades - Não Médicas | 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 |
| SADT EXTERNO | 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 |
| URGÊNCIA / EMERGÊNCIA | 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 |

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 3º andar - sala 314 | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8828

Assinado digitalmente por JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:43:14 e EDUARDO LOPES SEIXAS - Testemunha / HE - SERRANA - 29/12/2022 às 12:05:47.
Assinado com senha por RICARDO DE CARVALHO CAVALLI - Representante Entidade Parceira / 57722118000140 - 28/12/2022 às 15:30:33, VALDAIR FRANCISCO MUGLIA - Diretor Científico / FAEPA - 28/12/2022 às 15:34:16 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:43.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 28/12/2022 às 14:00:32.
Documento Nº: 61098076-3732 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61098076-3732>



SESDC12022313537



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

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**.

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 3º andar - sala 314 | CEP: 01246-000| São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8828

Assinado digitalmente por JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:43:14 e EDUARDO LOPES SEIXAS - Testemunha / HE - SERRANA - 29/12/2022 às 12:05:47.
Assinado com senha por RICARDO DE CARVALHO CAVALLI - Representante Entidade Parceira / 57722118000140 - 28/12/2022 às 15:30:33, VALDAIR FRANCISCO MUGLIA - Diretor Científico / FAEPA - 28/12/2022 às 15:34:16 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:43.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 28/12/2022 às 14:00:32.
Documento N°: 61098076-3732 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61098076-3732>



SESDC12022313537



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

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.

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 3º andar - sala 314 | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8828

Assinado digitalmente por JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:43:14 e EDUARDO LOPES SEIXAS - Testemunha / HE - SERRANA - 29/12/2022 às 12:05:47.
Assinado com senha por RICARDO DE CARVALHO CAVALLI - Representante Entidade Parceira / 57722118000140 - 28/12/2022 às 15:30:33, VALDAIR FRANCISCO MUGLIA - Diretor Científico / FAEPA - 28/12/2022 às 15:34:16 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:43.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 28/12/2022 às 14:00:32.
Documento Nº: 61098076-3732 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61098076-3732>



SESDC12022313537



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

**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 |
|--|
| Apresentação de AIH |
| Percentual de registros de CEP |
| Diagnóstico secundário por especialidade |
| Percentual de AIH referente às saídas hospitalares |
| Programa de Controle de Infecção Hospitalar |

PESO DOS INDICADORES DE QUALIDADE VALORADOS PARA O ANO DE 2023

| Indicadores | 1º trimestre | 2º trimestre | 3º trimestre | 4º trimestre |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Qualidade de Informação | 20% | 20% | 20% | 20% |
| Interação com o Paciente | 10% | 10% | 10% | 10% |
| Módulos de Regulação / CROSS | 20% | 20% | 20% | 20% |
| Protocolos Assistenciais de Saúde Mental | 10% | 10% | 10% | 10% |
| Atividade Cirúrgica | 20% | 20% | 20% | 20% |
| Monitoramento de Atividades Selecionadas | 20% | 20% | 20% | 20% |

Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
Av. Dr. Arnaldo, 351 - 3º andar - sala 314 | CEP: 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8828

Assinado digitalmente por JEANCARLO GORINCHTEYN - Secretário de Saúde / GS - 28/12/2022 às 15:43:14 e EDUARDO LOPES SEIXAS - Testemunha / HE - SERRANA - 29/12/2022 às 12:05:47.
Assinado com senha por RICARDO DE CARVALHO CAVALLI - Representante Entidade Parceira / 57722118000140 - 28/12/2022 às 15:30:33, VALDAIR FRANCISCO MUGLIA - Diretor Científico / FAEPA - 28/12/2022 às 15:34:16 e CRISTIANE APARECIDA MOURA - Testemunha / CGCSS - 28/12/2022 às 17:32:43.
Autenticado com senha por MAYARA LIVIA LOPES ALVES - Assessor Técnico de Saúde Pública II / CGCSS/GGH - 28/12/2022 às 14:00:32.
Documento Nº: 61098076-3732 - consulta à autenticidade em
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=61098076-3732>



SESDC12022313537