

TERMO DE ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 01/2022

PROCESSO ORIGEM Nº 001.0500.000038/2017

PROCESSO 2022 SES-PRC-2021/52885

TERMO ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO CELEBRADO EM 11/12/2017, ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA **SECRETARIA DA SAÚDE**, E O **INSTITUTO SÓCRATES GUANAES - ISG**, QUALIFICADO COMO **ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE**, PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NO **HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**.

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede nesta cidade na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 188, neste ato representada pelo seu **Secretário de Estado da Saúde, Dr. Jeancarlo Gorinchteyn**, brasileiro, casado, médico, RG nº 17.321.176, CPF nº 111.746.368-07, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado o **Instituto Sócrates Guanaes - ISG**, com CNPJ/MF nº 03.969.808/0001-70, inscrito no CREMESP sob nº 972986, com endereço à Alameda Salvador, 1.057 - Condomínio Salvador Shopping Business - Torre América - sala 712, Caminho das Árvores, Salvador/BA e com Estatuto arquivado no 1º Registro Civil das Pessoas Jurídicas - Salvador - BA, microfilmado sob nº 44.766, neste ato representado por seu Diretor Presidente, Dr. André Mansur de Carvalho Guanaes Gomes, brasileiro, portador da Cédula de Identidade R.G. nº 02.241.075-93 SSP/BA, CPF nº 195.644.575-72, doravante denominado **OPERADOR DO COMPLEXO**, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998, e considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do Processo nº 001.0500.000.038/2017, fundamentada no § 1º, do artigo 6º, da Lei Complementar nº 846/98 e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecidos na Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, e na Constituição do Estado de São Paulo, em especial o seu artigo 218 e seguintes, RESOLVEM celebrar o presente TERMO DE ADITAMENTO, conforme disposto na Cláusula Nona - Da Alteração Contratual do Contrato de Gestão referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA

DO OBJETO

O presente **TERMO DE ADITAMENTO** tem por objeto alterações de Cláusulas do Contrato de Gestão celebrado em 11/12/2017, bem como a operacionalização da gestão e execução, pelo **OPERADOR DO COMPLEXO**, das atividades e serviços de saúde, no **HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**, no período de janeiro a novembro de 2022, em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento:

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



CLÁUSULA SEGUNDA
DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente Termo de Aditamento altera a Cláusula Sétima – Dos Recursos Financeiros – Paragrafo Primeiro do Contrato de Gestão assinado em 11/12/2017, conforme redação abaixo:

CLÁUSULA TERCEIRA
DOS RECURSOS FINANCEIROS

O presente TERMO DE ADITAMENTO altera a CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS – PARAGRAFO PRIMEIRO do Contrato de Gestão assinado em 11/12/2017, conforme redação abaixo:

CLÁUSULA SÉTIMA
DOS RECURSOS FINANCEIROS
PARÁGRAFO PRIMEIRO

Do montante global mencionado no “caput” desta cláusula, o valor de **R\$102.042.490,00** (cento e dois milhões, quarenta e dois mil, quatrocentos e noventa reais), onerará a rubrica 10.302.0930.4852.0000, no item 33 50 85, no período de janeiro a novembro de 2022 cujo repasse dar-se-á na modalidade **Contrato de Gestão, conforme Instruções do TCESP.**

CUSTEIO

UGE: 090192

FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10.302.0930.4852.0000

NATUREZA DA DESPESA: 33 50 85

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

MÊS	CUSTEIO 2022 (R\$)
JANEIRO	9.276.590,00
FEVEREIRO	9.276.590,00
MARÇO	9.276.590,00
ABRIL	9.276.590,00
MAIO	9.276.590,00
JUNHO	9.276.590,00
JULHO	9.276.590,00
AGOSTO	9.276.590,00
SETEMBRO	9.276.590,00
OUTUBRO	9.276.590,00
NOVEMBRO	9.276.590,00
DEZEMBRO	-
TOTAL	102.042.490,00

CLÁUSULA TERCEIRA
DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O presente Termo de Aditamento vigorará a partir de 01/01/2022.

CLÁUSULA QUARTA
DA RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA QUINTA
DA PUBLICAÇÃO

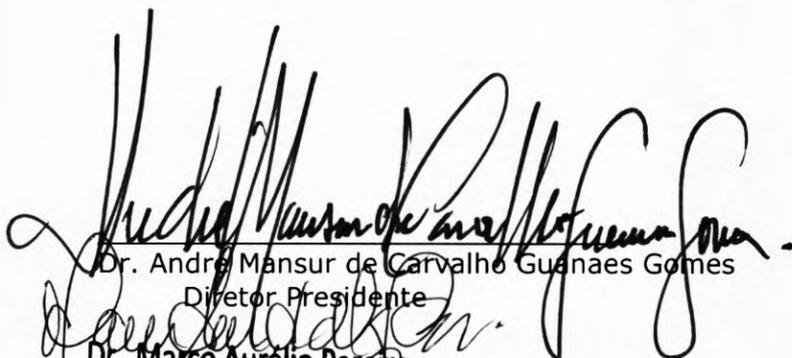
O presente **Termo de Aditamento** será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA SEXTA
DO FORO

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

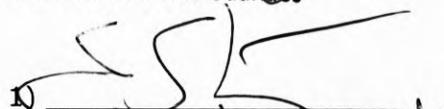
E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

São Paulo, 23 de Dezembro de 2021.



Dr. André Mansur de Carvalho Guanaes Gomes
Diretor Presidente

Dr. Marco Aurélio Pereira
Diretor Técnico - CRM 99645
Testemunhas:
Instituto Sócrates Guanaes



Nome: Ernesto Stracchi
R.G.: 7.652.154-0



Dr. Eduardo Ribeiro
Secretário de Estado da Saúde
em Exercício

Dr. Jeancarlo Gorinchteyn
Secretário de Estado da Saúde

2) 
Nome:
R.G.: 43.794.668-X

2) 
Renato Alexandre D'Angelo
Diretor Executivo
Instituto Sócrates Guanaes

ANEXO TÉCNICO I
DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS – BATA BRANCA

I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

O **OPERADOR DO COMPLEXO** 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 do **OPERADOR DO COMPLEXO** 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, o **OPERADOR DO COMPLEXO** fica obrigado 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 o **OPERADOR DO COMPLEXO**, em decorrência da assinatura deste, presta serviços de assistência à saúde.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **OPERADOR DO COMPLEXO** 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.

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 REGIONAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**.

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 subsequentes (retornos)
- ◆ Procedimentos Terapêuticos e Consultas realizadas 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 consulta realizada por outra especialidade, com solicitação gerada por profissional da própria unidade, com a finalidade de realizar avaliações complementares necessárias para esclarecimento diagnóstico e/ou realização de procedimentos terapêuticos.

4.3 Entende-se por consulta subsequente todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes 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 REGIONAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS** 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 OPERADOR DO COMPLEXO

II. 1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

II.1.1 SAÍDAS EM CLÍNICA MÉDICA E CLÍNICA PEDIÁTRICA

O hospital deverá realizar um número de **1.595** saídas hospitalares em Clínica Médica, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

NIDADES DE INTERNAÇÃO - SAÍDAS PÔR CLÍNICA													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Clínica Médica	145	145	145	145	145	145	145	145	145	145	145	-	1.595
Clínica Obstétrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Pediátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Psiquiátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	145	-	1.595										

II.1.2 SAÍDAS CIRÚRGICAS – ELETIVAS E URGÊNCIAS

Saídas cirúrgicas: neste grupo serão consideradas as saídas nas quais o paciente foi submetido a procedimento cirúrgico, portanto representadas no SIH-DATASUS no grupo 04 – Procedimentos Cirúrgicos. As saídas realizadas por pacientes que, apesar de internados em leitos cirúrgicos, não foram submetidos a procedimentos cirúrgicos deverão ser informadas, mas não compõem a meta de saídas cirúrgicas (ou seja, correspondem a saídas clínicas).

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.

O hospital deverá realizar um número de **4.202** saídas hospitalares cirúrgicas, 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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cardiovascular	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81	-	891
Ortopedia	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	-	1.309
Neurocirurgia	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	-	231
Pediátrica	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	-	473
Outras Especialidades	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urgências	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cardiovascular	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	-	385
Ortopedia	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	-	561
Neurocirurgia	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	-	154
Pediátrica	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	-	198
Outras Especialidades	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	382	-	4.202										

II.1.3 HOSPITAL DIA CIRÚRGICO

As saídas cirúrgicas em regime de Hospital Dia (informadas como tal no SIH-DATASUS) serão avaliadas como meta específica.

CIRURGIA HOSPITAL-DIA/CIRURGIA AMBULATORIAL													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Cirurgia Hospital-Dia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	1.100
Cirurgia Ambulatorial (CMA/cma)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100	-	1.100										

II.2 ATENDIMENTO AMBULATORIAL

(serviços ambulatoriais hospitalares ou exclusivamente ambulatoriais)

II.2.1 Atendimento Especialidades Médicas – Primeiras Consultas

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:

AMBULATÓRIO													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Atividade Ambulatorial Médica - Primeiras Consultas	1.100	-	12.100										
Primeiras Consultas - Agendamento CROSS	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	1.100	-	12.100

II.2.2 Atendimento Especialidades Médicas – Interconsultas / Consultas Subseqüentes

Atividade Ambulatorial Médica - Interconsultas e Subseqüentes	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Interconsultas	880	880	880	880	880	880	880	880	880	880	880	-	9.680
Consultas Subseqüentes	1.760	1.760	1.760	1.760	1.760	1.760	1.760	1.760	1.760	1.760	1.760	-	19.360

II.2.3 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:

Atividade Ambulatorial não Médica	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Primeiras Consultas Rede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Interconsultas	673	673	673	673	673	673	673	673	673	673	673	-	7.403
Consultas Subseqüentes	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	-	2.750
Procedimentos Terapêuticos (sessões)	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	2.200	-	24.200
Total	3.123	-	34.353										

ESPECIALIDADES MÉDICAS

	2022
Acupuntura	
Alergia / Imunologia	
Anestesiologia	X
Cardiologia	X
Cirurgia Cardiovascular	X
Cirurgia Cabeça e Pescoço	
Cirurgia Geral	X
Cirurgia Pediátrica	X
Cirurgia Plástica	
Cirurgia Torácica	
Cirurgia Vascular	X
Dermatologia	
Endocrinologia	
Endocrinologia Infantil	
Fisiatria	
Gastroenterologia	
Geriatria	
Ginecologia	X
Hematologia	
Infectologia	
Mastologia	

Nefrologia			
Neonatologia			
Neurologia	X		
Neurologia Infantil			
Neurocirurgia	X		
Obstetrícia			
Oftalmologia			
Oncologia			
Ortopedia	X		
Otorrinolaringologia	X		
Pneumologia			
Pneumologia Infantil			
Proctologia			
Psiquiatria			
Reumatologia			
Urologia			
Outros	X		

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

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	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400	-	4.400
Total	400	-	4.400										

Critérios para regulação de Urgência/Emergência:

1. Pré-hospitalar fixo: fluxo direto de pacientes procedentes das unidades da rede de urgência/emergência da (s) região (ões) de referência para Trauma, Patologias Cardiovasculares (Protocolo Dor Torácica), Neurológicas (Protocolo de AVC), Neurocirurgias e Ortopédicas.
2. Pré-hospitalar móvel (SAMU/GRAU/Outros): fluxo direto de pacientes que necessitam atendimentos por trauma, patologias cardiovasculares, neurológicas, neurocirurgias e ortopédicas.

3. Inter-hospitalar: fluxo encaminhado pela Central de Regulação (CROSS) para pacientes internados em serviços hospitalares em razão de traumas, patologias cardiovasculares, neurológicas, neurocirúrgicas e ortopédicas. Os pacientes poderão ser transferidos pela Central de Regulação em qualquer fase da abordagem terapêutica (para esclarecimento diagnóstico, para leitos de cuidados intensivos e para realização de procedimentos cirúrgicos).
4. Atendimentos a intercorrências pós realização de procedimentos cirúrgicos no próprio hospital.

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 **4.840 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 de Estado da Saúde, por meio do agendamento na Central de Regulação (CROSS), nas quantidades especificadas (o volume disponibilizado para agendamento deve corresponder, no mínimo, ao definido na tabela abaixo, por grupo):

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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tomografia Computadorizada	170	170	170	170	170	170	170	170	170	170	170	-	1.870
Ressonância Magnética	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	-	1.980
Medicina Nuclear in Vivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Endoscopia	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	-	550
Radiologia Intervencionista	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	-	440
Métodos Diagn. em Especialidades	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Procedimentos Especiais Hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	440	-	4.840										

III – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

O **OPERADOR DO COMPLEXO** encaminhará à **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por estas determinadas.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Registro de dados das internações hospitalares que permitam a classificação dos mesmos em Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG, na sigla em inglês) para análise de complexidade da casuística atendida.
- 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 do **OPERADOR DO COMPLEXO** subdivide-se nas modalidades abaixo assinaladas, as quais referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da Unidade sob gestão do OPERADOR DO COMPLEXO, conforme especificação e quantidades relacionadas no Anexo Técnico I – Descrição de Serviços:

- (X) Saídas Hospitalares Cirúrgicas
- (X) Hospital Dia Cirúrgico
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades Médicas – Primeiras Consultas
- (X) Atendimento Ambulatorial Especialidades Médicas – Interconsultas e Subsequentes
- (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 pelo **OPERADOR DO COMPLEXO** 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 o OPERADOR DO COMPLEXO 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	%
Saídas hospitalares em Clínica Médica e Pediátrica	30
Saídas Hospitalares Cirúrgicas	40
HD cirúrgico	15
Urgência	4
Ambulatório - Especialidades Médicas (Primeiras Consultas)	3
Ambulatório - Especialidades Médicas (Interconsultas e Subsequentes)	2
Ambulatório - Especialidades Não Médicas	2
SADT Externo	4
TOTAL	100%

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

ATIVIDADE REALIZADA	QUANTIDADE PRODUZIDA	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 avaliativo (tabela II)
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 94,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual da Internação (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
Saídas Hospitalares Cirúrgicas	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 94,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual da Internação Cirúrgica (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
Hospital dia cirúrgico	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	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 (tabela II)
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de HD/Cir. Ambul. (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
AMBULATÓRIO Especialidades Médicas – Primeiras Consultas	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
AMBULATÓRIO Especialidades Médicas – Interconsultas e Consultas Subsequentes	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
AMBULATÓRIO Especialidades não Médicas	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Ambulatório (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
SADT EXTERNO	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 75% e 89,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 75% do volume contratado	70% X distribuição percentual de SADT Externo (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	Acima do volume contratado	100% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X distribuição percentual de Urgência/Emergência (tabela I) X orçamento de custeio do período avaliativo (tabela II)

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 o OPERADOR DO COMPLEXO 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 ao OPERADOR DO COMPLEXO 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 o **OPERADOR DO COMPLEXO** 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 O **OPERADOR DO COMPLEXO** 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 pelo **OPERADOR DO COMPLEXO** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido no contrato.



**ANEXO TÉCNICO III
INDICADORES DE QUALIDADE**

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

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

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

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

A cada ano é fornecido um Manual que estabelece todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores de Qualidade utilizados neste **Contrato de Gestão**.

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

Pré-requisitos
Apresentação de AIH
Percentual de registros de CEP
Diagnóstico secundário por especialidade
Percentual de AIH referente às saídas hospitalares
Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
Programa de Controle de Infecção Hospitalar

**PESO DOS INDICADORES DE QUALIDADE VALORADOS
PARA O PERÍODO DE JANEIRO A NOVEMBRO DE 2022**

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%
Atividade Cirúrgica	20%	20%	20%	20%
Protocolos Cardiologia	10%	10%	10%	10%
Monitoramento de Atividades Seleccionadas	20%	20%	20%	20%