



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E GERENCIAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE

TERMO DE REFERÊNCIA

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

O presente Termo de Referência tem por objeto a seleção de instituição sem fins lucrativos qualificada como Organização Social, visando a celebração de Contrato de Gestão emergencial para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia no Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos - HUTRIN, localizado à Rua Maria Pedro de Oliveira esq. c/5, Jardim Primavera, Trindade/GO – CEP. 75380-000 definido neste Termo de Referência e seus Anexos.

2. JUSTIFICATIVA

Preliminarmente, deve-se ressaltar que os motivos pelos quais se busca manter parcerias com Organizações Sociais na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO estão embasados no modelo de parceria com entidades sem finalidade lucrativa, regulamentado pelo Governo do Estado de Goiás por meio de legislação própria, e adotado pela Gestão Estadual para o gerenciamento de Serviços Públicos de Saúde o qual envolve os seguintes aspectos:

a. Transferência dos serviços para setor estatal não público com separação entre órgão financiador e definidor das políticas públicas de saúde, Poder Público e entidades executoras das ações e atividades de saúde (Organizações Sociais).

b. Estruturação de parcerias para descentralizar e diversificar as atividades relativas à prestação de serviços de saúde.

c. Incremento da força de trabalho da Administração Pública e ampliação quantitativa da oferta de serviços de saúde.

A implantação do modelo de contratualização de serviços de saúde, por meio dessas parcerias, foi a estratégia adotada pelo Governo de Goiás, buscando a eficiência, efetividade e vantajosidade dos serviços de assistência médicas prestadas à população do Estado de Goiás, pautada em obedecer aos princípios e diretrizes do SUS, atendendo às políticas públicas, garantindo atendimento prioritário de 100% da demanda por meio de metas prefixadas estabelecidas em contrato de gestão, melhorando o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada e garantindo a equidade na atenção com acesso para serviços e ações de saúde integrais.

A garantia da oferta de ações e serviços de saúde pelas unidades hospitalares sob gerenciamento de organização social, estabelecido em Contrato de Gestão, instrumento no qual são detalhadas as metas de produção a serem alcançadas, os indicadores de avaliação de desempenho e o processo de acompanhamento rotineiro, procurando garantir que a unidade apresente os resultados planejados.

No que se refere a gestão organizacional em geral, a vantagem também é evidente do

modelo de gestão por OS quanto ao estabelecimento de mecanismos de controles finalísticos, em vez de meramente processualísticos, porquanto a avaliação dá-se pelo cumprimento de metas estabelecidas no respectivo contrato de gestão.

São expressivos os resultados alcançados desde o início da implantação do modelo, maiores ganhos de produção e de resultado foram obtidos com a transferência de Gestão das Unidades Hospitalares da SES/GO para OS. Os dados indicam considerável incremento de produção e indicam ainda, em comparação com a execução direta promovida pelo poder público, qualitativa e quantitativamente maior tem sido a oferta de prestações de saúde à população.

Informamos ainda, que a transferência da gestão, de uma unidade pública para uma entidade sem fins lucrativos, não afasta o Estado de seus deveres constitucionais de assegurar a saúde a todos os brasileiros, apenas designa o desenvolvimento de suas atividades para uma pessoa jurídica especializada, tecnicamente capaz de realizá-las. Em nenhum momento, a política pública de saúde deixará de ser responsabilidade do Poder Público (Governo Estadual). Mesmo administrado por uma Organização Social, caso haja problema ou descumprimento das recomendações exaradas não só pelo órgão supervisor como pelos órgãos de controle, registre-se que os Contratos de Gestão da SES/GO trazem previsão de penalidades em cláusula específica.

Esses aprimoramentos instituídos e planejados pela Gestão Estadual podem destacar o fortalecimento do papel do Poder Público como gestor e definidor das políticas que devem ser executadas: a regulação estatal dos processos de gestão dos bens públicos, o aperfeiçoamento da avaliação, controle e fiscalização dos contratos de gestão com atuação de equipe qualificada em gestão por resultados, maior publicização das informações de prestação de contas objetivando maior transparência do modelo de parcerias e ajustes do instrumento contratual objetivando adoção de novos parâmetros de desempenho, eficiência e pagamentos mediante os resultados alcançados.

Esse modelo de gestão reúne as condições necessárias para propiciar uma melhoria significativa do serviço público, pois a autonomia administrativa e financeira concedida às Organizações Sociais permite que, tanto para aquisição de bens e serviços quanto para contratação de RH dentro dos limites orçamentários previstos, sejam feitos todos os arranjos necessários para se prestar uma boa assistência garantindo o melhor uso possível dos recursos destinados. A autonomia financeira e administrativa para provisão de bens e serviços, a melhor administração do RH, a capacidade que a OS tem de decidir sobre a organização da infraestrutura dos serviços e estruturá-los, segundo critérios de eficiência e eficácia de forma desburocratizada, permite à OS um melhor gerenciamento do tempo e uma atenção maior a uma agenda de prioridades, levando as Unidades Hospitalares sob o modelo de OS a ter um ganho de eficiência.

A parceria desenvolvida entre Organizações Sociais e o Estado de Goiás veio aperfeiçoar os instrumentos já utilizados na Administração Pública de modo que se pudesse prever com a máxima exatidão os serviços e atividades que estavam sendo contratadas, por meio de Indicadores de Desempenho e Metas de Produção estabelecidos no Contrato de Gestão.

Por fim, ressaltamos que as experiências com Organizações Sociais pelo Estado de Goiás tem se mostrado eficaz para enfrentar a crescente demanda por serviços de saúde de média e alta complexidade, de forma a atender as necessidades do cliente-cidadão ante a dificuldade de se obter novas formas de financiamento e custeio para esse tipo de serviço.

3. PROPOSTA DE TRABALHO

3.1 A PROPOSTA deverá ser materializada tendo como base as condições estabelecidas neste Termo de Referência, observados os seguintes Anexos:

ANEXO I- INFORMAÇÕES SOBRE O HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DE TRINDADE WALDA FERREIRA DOS SANTOS - HUTRIN

ANEXO II - METAS DE PRODUÇÃO

ANEXO III - INDICADORES DE QUALIDADE

ANEXO IV – ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO

ANEXO V - PARÂMETROS PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO

ANEXO VI - MATRIZ DE AVALIAÇÃO PARA JULGAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS DO PROCESSO DE SELEÇÃO

ANEXO VII - JULGAMENTO DAS PROPOSTAS DE TRABALHO.

ANEXO I

INFORMAÇÕES SOBRE O HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DE TRINDADE - HUTRIN

1. INTRODUÇÃO

1.1. A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, na busca do aprimoramento e da eficiência na prestação dos serviços públicos de saúde, visa adotar um modelo de gestão e ofertar regionalmente serviços da Atenção Especializada em Saúde à população do Estado de Goiás, com resolubilidade, facilitando o acesso em tempo oportuno e contínuo no HUTRIN. Tal serviço tem por objetivos:

- a) Potencializar a qualidade na execução dos serviços de saúde.
- b) Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada.
- c) Implantar um modelo de gerência voltado para resultados.
- d) Apoiar as necessidades dos serviços de Atenção à Saúde, com oferta de consultas de especialidades médicas, serviços de diagnóstico e cirurgias, em regime de hospitalização.
- e) Garantir a equidade na atenção criando mecanismos de acesso para serviços e ações de saúde integrais (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação).
- f) Buscar a eficiência, eficácia e efetividade na formulação do novo modelo de gestão na saúde a ser adotado no Estado de Goiás obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS, atendendo às políticas públicas definidas para a regionalização da saúde, buscando atender os pacientes oriundos da demanda referenciada conforme pactuação com a Central Municipal de Regulação, preservando a missão da Secretaria de Estado da Saúde.

2. ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO HUTRIN

A região de abrangência da Unidade é o município de Trindade e municípios circunvizinhos, Palmeiras de Goiás, Campestre, Santa Bárbara. O HUTRIN funciona 24 horas, 7 dias da semana ininterruptamente e o Ambulatório de segunda a sexta-feira das 07h às 19h.

Características Assistenciais e Serviços Ofertados

A distribuição dos 64 leitos propostos prevê a utilização de 46 leitos de internação, além de 16 leitos de Observação e 02 box na reanimação. O ambulatório da Unidade é para atendimento aos egressos (casos que necessitam de continuidade de atenção ambulatorial), respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório e funciona de segunda a sexta-feira das 7h às 19h.

2.1. A população beneficiada pela Unidade é estimada em 136.981 habitantes. Fonte: IBGE - Censo 2010.

3. SERVIÇOS

3.1 O HUTRIN está localizado à Rua Maria Pedro de Oliveira esq. c/5, Jardim Primavera, Trindade/GO-CEP:75380-000, com funcionamento 24 horas, sete dias da semana ininterruptamente e integra a Rede Estadual de Hospitais de Urgências e Emergências do Estado de Goiás - Rede HUGO. É regulado pela Central de Regulação Municipal, sendo responsável pelo atendimento de baixa e média complexidade em Urgência/Emergência, clínica médica, clínica cirúrgica e clínica obstétrica. O hospital possui 46 leitos de internação destinados à assistência médica em clínica médica (19 leitos), clínica cirúrgica (12 leitos), clínica obstétrica (15 leitos), além de 16 leitos de observação no Pronto Socorro e 16 berços no berçário. A Unidade conta também com 01 Centro Cirúrgico com 02 salas cirúrgicas e 2 leitos de Recuperação Pós Anestésica – RPA.

3.2 O HUTRIN possui arquitetura horizontal, com a seguinte capacidade instalada:

3.2.1. Urgência /Emergência

A porta de entrada dos pacientes é a entrada do pronto socorro que fica ao lado da entrada principal da Unidade.

3.2.1.1 Pronto Atendimento

Composto de 17 salas e 3 consultórios, para atender aos usuários que procurem tal atendimento por demanda espontânea, por meio da SMS, SAMU e/ou SIATE, ou encaminhados de forma referenciada, pela Central de Regulação Municipal/Estadual.

3.2.2. Ambulatório

Composto de 15 salas e 3 consultórios, médico e não médico para atender aos pacientes egressos da Unidade. As especialidades médicas oferecidas são:

Angiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia/Mastologia, Obstetria, Ortopedia, Urologia e Pediatria que atende ao ambulatório, aos bebês do berçário e das enfermarias de internação.

3.2.3 - Centro Cirúrgico

O Centro Cirúrgico possui 2 salas equipadas para atender qualquer tipo de procedimento cirúrgico, com funcionamento ininterrupto 24h todos os dias da semana.

Possui 1 sala de Recuperação Pós-Anestésica - RPA com 02 leitos.

3.2.4 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT - Interno

Entende-se por SADT Interno a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico para a totalidade dos pacientes atendidos em regime de urgência e emergência, internação e ambulatório da Unidade.

O Serviço de SADT dispõe de equipamentos e procedimentos de diagnóstico de avançada tecnologia como:

Radiologia Convencional	Análises Clínicas	Eletrocardiograma
-------------------------	-------------------	-------------------

O Laboratório de Análises Clínicas, tem como objetivo a prestação de serviços laboratoriais de microbiologia, parasitologia e análises clínicas aos pacientes internados e referenciados.

3.2.5. Serviço de Farmácia

Setor responsável por garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do uso seguro e racional de medicamentos e correlatos, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

3.2.6. Serviço de Nutrição e Dietética- SND

O Serviço de Nutrição e Dietética presta assistência nutricional e fornece refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando a satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND é proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, que, após avaliação do paciente, elabora um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional.

3.2.7. Serviço de Lavanderia

A lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todas os setores da Unidade.

3.2.8. Central de Material e Esterilização – CME

Área responsável pela limpeza e processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares. É na CME que se realiza o controle, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares.

Obs: Os Serviços de Lavanderia, Nutrição, Limpeza, Portaria e Recepção atualmente encontram-se terceirizados .

4. Serviços Ofertados

Os serviços devem observância às políticas nacional e estadual de referência de média e alta complexidade, definidas por meio das normas emanadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, sendo:

4.1. Assistência Hospitalar

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos prestados ao usuário desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, pela patologia atendida, incluindo todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, bem como todos os serviços prestados pela equipe multidisciplinar: Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social, Nutrição, Farmácia , Biomedicina, Psicologia e outros que achar necessário, além de todos os serviços relacionados aos diferentes tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, contemplados na tabela unificada do SUS. Em caso de necessidade justificada de uso de OPM não prevista na tabela do SUS, a SES/GO deverá autorizar previamente o orçamento.

4.1.1 Detalhamento dos Serviços a Serem Ofertados:

- 46 leitos de internação - clínica médica, clínica cirúrgica e clínica obstétrica.
- Leitos Auxiliares sendo: 02 leitos de RPA, 02 box na reanimação e 16 Leitos de Observação.
- 01 Centro Cirúrgico com 02 salas
- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Interno - Análises Clínicas , Raio X e Eletrocardiograma.
- Assistência Hospitalar da Equipe Multidisciplinar - Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social, Nutrição, Farmácia, Psicologia e Biomedicina.
- Especialidades Médicas oferecidas pelo Ambulatório: Angiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia/Mastologia, Obstetrícia, Ortopedia, Urologia e Pediatria que atende ao ambulatório e aos bebês do berçário e das enfermarias de internação.

4.1.2 Internação

O HUTRIN funcionará com a capacidade operacional de **64** leitos, assim distribuídos:

Leitos de Internação	Clínica Médica	46
	Clínica Cirúrgica	
	Clínica Obstétrica	
Total de leitos Operacionais	46 leitos	
Leitos Auxiliares	Observação	16
	Reanimação	02
Total de Leitos Auxiliares	18 leitos	
Total de Leitos do Hospital	64 leitos	

A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento.

Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação/NIR, o remanejamento destes pacientes para outras unidades hospitalares. A Rede Estadual de Hospitais de Urgências e Emergências do Estado de Goiás Rede HUGO regulado pela Central de Regulação Municipal/ Estadual, sendo esta regulação responsável por intermediar, junto as Centrais de Regulação, o remanejamento dos pacientes com pendência de transferência inter hospitalar garantindo assim a continuidade da assistência, viabilizando a atenção integral e multiprofissional.

4.1.2.1 No Processo de Hospitalização estão Incluídos:

a) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.

b) Tratamentos concomitantes, diferentes daqueles classificados como principal que motivaram a internação do usuário, que podem ser necessários, adicionalmente, devido às condições especiais do usuário e/ou outras causas.

c) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação de acordo com a listagem do SUS.

d) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico que sejam requeridos durante o processo de internação e para o acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

e) Procedimentos e cuidados multiprofissionais, necessários durante o processo de

internação.

f) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação parenteral e enteral.

g) Assistência por equipe médica especializada, equipe multiprofissional e pessoal auxiliar, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista).

h) Utilização do Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.

i) O material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.

j) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do usuário e/ou quarto de isolamento (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).

k) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes(Lei nº 10.741 de 01/10/2003).

l) Sangue e hemoderivados.

m) Fornecimento de roupas hospitalares.

n) Procedimentos especiais de alto custo para pacientes hospitalizados, como fisioterapia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do usuário, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da Instituição.

o) Uso de OPME, contempladas na tabela unificada do SUS, com efetiva comprovação da utilização das mesmas.

p) Garantir a realização das cirurgias eletivas e emergenciais, evitando cancelamentos administrativos (falta de pessoal, material, enxoval, medicamentos e outros).

4.2 - Urgência e Emergência

A área da urgência/emergência possui 02 boxes de reanimação e 16 leitos de Observação .

A Unidade dispõe de atendimento a urgências e emergências, atendendo a demanda que lhe for encaminhada, conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados, que sejam dispensados pelos serviços de Urgência e Emergência do hospital a pessoas que procurem tal atendimento por demanda espontânea, por meio da SMS , SAMU e/ou SIATE, ou encaminhados de forma referenciada, pela Central de Regulação Municipal/Estadual.

Os exames solicitados por esses setores da Unidade deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames de caráter eletivo devem ser realizados no prazo máximo de 24 horas após a solicitação.

4.3 - Ambulatório

O Ambulatório possui 3 consultórios médicos, atendendo aos usuários egressos da Unidade, respeitando seu limite de capacidade operacional.

O atendimento ambulatorial funciona de segunda a sexta-feira das 7h às 19h.

Consultas de Especialidades Médicas Oferecidas pelo Ambulatório do Hospital:

Angiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia/Mastologia, Obstetrícia, Ortopedia, Urologia., Pediatria.

Obs: O Pediatra presta atendimento ao ambulatório e aos bebês do berçário e das enfermarias de internação.

4.3.1 O atendimento ambulatorial médico compreende:

1. Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso.
2. Interconsulta.
3. Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Central de Regulação à Unidade, para atendimento a uma determinada especialidade.

Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento a especialidade referida.

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

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.

O atendimento ambulatorial deverá funcionar das 07h às 19h, de segunda a sexta-feira, nas especialidades de: Angiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia/Mastologia, Obstetrícia, Ortopedia, Urologia.

As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela SES/GO.

4.4 Eventos Adversos Moderados e Graves Pós Vacinação – EAPV

O EAPV presta atendimento aos indivíduos que tenham recebido algum imunobiológico e venham a apresentar complicações moderadas e graves causadas pelas vacinas do Calendário de Imunização. Deverá ser feita a notificação de todos os eventos, por meio do preenchimento de formulário de notificação e investigação de eventos adversos pós-vacinação, e informar os EAPV graves e /ou inusitados, por telefone, à Divisão de Imunização do Município de Trindade ou à Coordenação Estadual de EAPV (3201-4547/4543).

4.5 - Ensino e Pesquisa

É de fundamental importância a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão nas Unidades de Saúde da SES/GO pois as mesmas encontram-se em processo de certificação junto ao Ministério da Saúde/Ministério da Educação para obtenção de certificado de Unidade de Ensino e Pesquisa do SUS.

A certificação do MEC/MS é reconhecida nacionalmente como um quesito de excelência em qualidade da instituição de saúde, à semelhança dos certificados de acreditação hospitalar. É de fundamental importância a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão nas unidades da SES/GO.

A Unidade atende a Portaria Interministerial MS/MEC nº 2400/2007, de 02/10/2007, que regulamenta o processo de certificação.

A Unidade deverá desenvolver atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnológicos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO. Deverá desenvolver também Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/

MEC e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde/MEC.

Essas atividades são fundamentais para a ampliação e qualificação da atenção a Saúde oferecida aos usuários do SUS. Para o desenvolvimento dessas atividades, a Unidade deverá se adequar às exigências do MEC para as devidas certificações, bem como as Diretrizes da Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago, vinculada à Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho – SEST/SUS.

A Organização Social será responsável por disponibilizar computadores com acesso à Internet para possibilitar a realização de pesquisas pelos estudantes/acadêmicos/residentes.

4.6 - Residência Médica e Multiprofissional

O Programa de Residência Médica - PRM é reconhecido pelo Ministério da Educação - MEC, por meio da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM.

A Unidade funciona como um cenário de práticas para Residências Médicas e Multiprofissionais desenvolvidas pela SES/GO em especial, a Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago, vinculada à Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho–SEST/SUS, que coordena e gerencia os Programas de Residência Médica e Multiprofissional nas unidades de saúde de Goiás.

Os Preceptores serão os médicos e multiprofissionais plantonistas da Unidade, de preferência mestre/doutor ou especialista em sua área profissional.

4.6.1 Programa de Residência Médica

O Parceiro Privado deverá manter estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados para os trabalhos da Comissão de Residência Médica (COREME) da Unidade, colaborando com o bom andamento dos trabalhos realizados, garantindo o bom funcionamento da mesma. A COREME deverá possuir um coordenador, devidamente eleito para tal, que deve ser médico, preceptor e, preferencialmente, estatutário.

4.6.2 Programa de Residência Multiprofissional

Os Programas de Residência na Área da Saúde deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional – CNRMS, sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

O Parceiro Privado deverá manter estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados para os trabalhos da Residência na Área da Saúde, cuidando para o bom andamento dos trabalhos realizados, garantindo o bom funcionamento da mesma.

O Coordenador do Programa de Residência em Área da Saúde deverá ser, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos nas áreas de formação, atenção ou gestão em saúde sendo, preferencialmente, estatutário.

4.7. Projetos especiais e novas especialidades de atendimento

Se, ao longo da vigência do contrato, de comum acordo entre as partes, o Parceiro Privado se propuser a realizar outros tipos de atividades, diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pelo Parceiro Público.

Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado.

5. PRESSUPOSTO E DEFINIÇÕES

5.1. Gestão - Tendo em vista que a Unidade funciona com o perfil descrito, sob Contrato de Gestão, caberá à Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão - COMFIC, sob a supervisão da Gerência de Acompanhamento e Fiscalização dos Contratos de Gestão - GEFIC, subordinados à Superintendência de Controle e Avaliação e Gerenciamento das Unidades de Saúde - SCAGES, acompanhar os indicadores de resultados definidos no Contrato de Gestão.

5.1.1. O Parceiro Privado deverá dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

5.1.2. O Parceiro Privado deverá possuir um responsável técnico (médico), com registro no respectivo conselho de classe.

5.1.3. O médico designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única Unidade cadastrada pelo Sistema Único de Saúde.

5.1.4. A equipe médica deverá ser disponibilizada em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (Resolução CFM nº. 1634/2002) ensejando, que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no Contrato de Gestão.

5.1.5. O Parceiro Privado deverá possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados os pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.

5.1.6. O Parceiro Privado deverá adotar Prontuário Único do Usuário, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam). Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo de Prontuários.

5.1.7. O Parceiro Privado deverá dispor de serviços de informática com sistema para gestão hospitalar que contemplem no mínimo: marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoarifado, farmácia e nutrição), sistema de custos, prontuário médico (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº. 1.639/2002), serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitam ao Órgão Fiscalizador do Contrato/Secretaria de Saúde acessar via Internet (WEB) e gestão do bloco cirúrgico e atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios ao Órgão Fiscalizador do Contrato/Secretaria de Saúde.

5.1.8. Havendo a disponibilização pelo Parceiro Público de sistema de informação próprio para monitoramento, controle e avaliação, deverá o Parceiro Privado aderir ao sistema e permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar.

5.1.9. O Parceiro Privado deverá desenvolver uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, assim como deverá implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR nº 32/2005 do MTE.

5.1.10. A Direção da Unidade deverá respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida.

5.1.11. O Parceiro Privado deverá dispor de um Núcleo de Manutenção Geral – NMG, que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica, um serviço de gerenciamento de Risco e de Resíduos sólidos na unidade, bem como manter o núcleo de engenharia clínica para o bom desempenho dos equipamentos.

5.1.12. Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial e de manutenção de equipamentos cujo uso lhe fora permitido.

5.1.13. O Parceiro Privado deverá dispor de um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico, conforme as diretrizes da Portaria GM nº.2.529 de 23/11/2004.

5.1.14. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos.
- Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem.
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT.
- Comissões Compulsórias da Anvisa e MS relacionadas abaixo:

- Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional (Nutrição Enteral e Parenteral), de acordo com a Portaria GM/SNVS/MS e RDC da Anvisa nº 63/00

- Comissão de Gerenciamento de Resíduos

- Comissão de Farmacoterapia

5.1.15. Seguir os Preceitos da Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde:

- Os laboratórios prestadores de serviços aos hospitais da Rede do Estado de Goiás devem seguir fluxo de monitoramento de bactéria multiresistentes, incluindo a disponibilidade de cepas de bactérias.

- Garantir a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente.

- Alimentar o sistema NOTIVISA (Segurança do Paciente) e FORMSUS (Controle de Infecção nos Serviços de Saúde).

- Seguir a Nota Técnica ANVISA nº 02/2017 no que diz respeito aos Critérios de Diagnósticos de Infecções relacionadas a Associação à Saúde para Notificações dos Indicadores Regionais.

- Garantir às vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento conforme Resolução nº 17/2006 da CIB, no Hospital de Doenças Tropicais – HDT, incluindo o fluxo de atendimento e notificações.

5.1.16. O rol de leis e normas sanitárias no qual as gerências da Unidade deverão se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Lei Federal Nº 12.845, de 01/08/13 - Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

Lei Federal nº 12.303/10 - exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas - teste da orelhinha

Lei nº 9.431, Nº de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.

PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.

PT GM/MS Nº 2.616 de 12 de maio de 1998 – Estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares.

PT GM/MS Nº 1.863, de 29 de setembro de 2003 - Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências.

PT GM/MS Nº 1.864, de 29 de setembro de 2003 - Institui o componente pré - hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

PT GM/MS Nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 – Aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

PT GM/MS Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 - Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.

PT GM/MS Nº 2.529, de 23 de novembro de 2004 - Institui o subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.

PT SVS/MS Nº 453 – 01/06/1998 - Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.

PT GM/MS Nº. 881, de 19 de junho de 2001 - Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH.

PT MS/SAS Nº 202 de 19 de junho de 2001 - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do Sistema Único de Saúde.

PT MS/SAS Nº 793 de 24 de abril de 2012 -Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

PT Nº 1.377 de 09/07/2013- Aprova os protocolos de segurança a paciente (cirurgia segura, higiene das mãos, úlcera por pressão).

PT Nº 2.095 de 24/09/13 – Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente (prevenção de quedas, identificação, segurança de prescrição, uso e administração de medicamentos – NT 01/2015 e NT 02/2015.

PT Nº 529/MS, de 01/04/13, e RDC nº 36, de 25 /07/ 13 - Núcleo de Segurança do Paciente.

PT Nº 48/2004 – MS - Institui diretrizes gerais para funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE, define as competências da Secretária de Vigilância em Saúde, dos Estados, Distrito Federal e CRIE e dá outras providências.

PT GM/MS Nº 1459, de 24/06/11 – Institui a Rede Cegonha e contém parâmetros e objetivos para o Serviço de Admissão Obstétrica, com a utilização dos Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco, segundo Portaria do Humaniza- SUS/ Classificação de Risco GM/MS nº 569, 570 e 572, de 01/06/2000.

PT GM Nº 1683, de 12/07/2007 – Institui as três etapas do Método Canguru de assistência humanizada aos recém-nascidos de baixo peso.

PT GM nº 2051, de 08/11/2001 (Anexo nº 2) e Resoluções da ANVISA (RDC 221 e 222) -Norma Brasileira de Comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras.

RDC nº 171/ANVISA, de 04/09/2006- Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento do Banco de Leite Humano, com prazo de 6 meses para adequações, se necessário.

RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 - Substitui a Portaria nº 1.884, de 11/11/1994 – Estabelece normas destinadas ao exame e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde; Inclui as alterações contidas nas Resoluções RDC nº 307, de 14/11/2002, publicada no DOU de 18/11/2002 e RDC nº 189, de 18/07/2003, publicada no DOU de 21/07/2003.

Resolução CFM Nº 1802/2016 – Dispõe sobre a prática do ato anestésico.

6. VIGÊNCIA

A vigência do presente instrumento será de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da outorga pelo Procurador Geral do Estado de Goiás.

7. RECURSOS FINANCEIROS

- O valor mensal perfaz um total de **R\$ 2.294.965,60** (dois milhões duzentos e noventa e quatro mil novecentos e sessenta e cinco reais e sessenta centavos), de acordo com o cumprimento das Metas de Produção, sendo: **R\$ 2.286.829,02** (dois milhões, duzentos e oitenta e seis mil, oitocentos e vinte e nove reais e dois centavos), referente ao valor líquido para custeio da Unidade e **R\$ 8.136,58** (oito mil, cento e trinta e seis reais e cinquenta e oito centavos), referente à estimativa da integralidade da folha de pagamento dos servidores estatutários lotados no HUTRIN.

- Para o período de 180 (cento e oitenta) dias de Contrato de Gestão: **R\$ 13.769.793,60** (treze milhões, setecentos e sessenta e nove mil, setecentos e noventa e três reais e sessenta centavos).

8. REPASSE DE RECURSOS

O repasse dos recursos financeiros será efetuado até o 5º dia útil da data da outorga do Contrato de Gestão e até o 5º dia útil dos meses subsequentes.

ANEXO II

METAS DE PRODUÇÃO

ATIVIDADES MÍNIMAS A REALIZAR

ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

I- ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

1. INTERNAÇÃO (SAÍDAS HOSPITALARES)

A Unidade deverá realizar 400 saídas hospitalares/mês.

O indicador de aferição será a SAÍDA HOSPITALAR comprovada por meio da Autorização de Internação Hospitalar - AIH apresentada pela própria Unidade conforme descrito no Anexo III - Indicador de Qualidade, do Contrato de Gestão, Item 1 - Qualidade da Informação.

Manter em funcionamento a totalidade dos leitos operacionais nas especialidades definidas.

As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para a Unidade.

Internação (saídas hospitalares)	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	TOTAL
Clinica Médica	140	140	140	140	140	140	840
Clinica Cirúrgica	140	140	140	140	140	140	840
Clínica Obstétrica	120	120	120	120	120	120	720
TOTAL	400	400	400	400	400	400	2.400

2. ATENDIMENTO À URGÊNCIAS REFERENCIADAS (âmbito hospitalar)

Deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana. A Unidade deverá realizar um número de 7.300 atendimentos/mês.

Urgência / Emergência	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	TOTAL
Atendimentos Médicos	7.300	7.300	7.300	7.300	7.300	7.300	43.800

3. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendendo aos usuários egressos da instituição hospitalar no limite da capacidade operacional do ambulatório com atendimento de 1.200 consultas médicas/mês e 400 consultas não médicas/mês.

O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, apresentada pela Unidade, processada e faturada pelo MS.

--	--	--	--	--	--	--	--

Atendimento Ambulatorial	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	TOTAL
Consulta Médica	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	7.200
Consulta não médica	400	400	400	400	400	400	2.400
TOTAL	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	9.600

Especialidades Médicas Oferecidas:

Angiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia/Mastologia, Obstetrícia, Ortopedia, Urologia e Pediatria.

SADT - Interno

Análises Clínicas, Eletrocardiograma, Raio-X

5- PREMISSAS GERAIS UTILIZADAS NA DEFINIÇÃO DO PLANO DE METAS DE PRODUÇÃO

- a) Considerar para efeitos de cálculos a atividade ininterrupta de 24 horas durante todo o mês.
- b) Metas previstas para alcançar 85% de ocupação da capacidade de internação.
- c) As Metas de Produção foram mantidas de acordo com o 1º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão 001/2014 com vigência de 09/05/2017 à 08/05/2018.
- d) Para o cálculo das metas considerou-se os seguintes elementos: série histórica da unidade enviada pela unidade e DATASUS.
- f) As metas deverão ser acompanhadas mensalmente e avaliadas, trimestralmente e semestralmente ou a qualquer tempo pela COMFIC/GEFIC/SCAGES/SES-GO, onde poderão sofrer alterações para que possam garantir e assegurar uma boa assistência ao usuário SUS, proporcionando maior eficácia e qualidade dos serviços prestados.
- g) As metas de produção previstas para a execução contratual foram elaboradas para 4 anos porém por serem variáveis importantes na averiguação da qualidade do serviço prestado, devem ser dinâmicas para que possam acompanhar as mudanças do ambiente e a melhoria contínua dos processos e atividades do hospital. Como a população, de um ano para outro sofre alterações, o perfil epidemiológico da região onde o hospital está inserido e o parque tecnológico apresentam mudanças significativas, as metas de produção deverão ser acompanhadas e avaliadas, semestralmente ou a qualquer tempo pela COMFIC/GEFIC/SCAGES/SES-GO, onde sofrerão alterações para que possam garantir e assegurar uma boa assistência ao usuário SUS, proporcionando maior eficácia e qualidade dos serviços prestados.

ANEXO III

INDICADORES DE QUALIDADE

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade. A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da Unidade.

1. Autorização de Internação Hospitalar (20%) - Avalia a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar.

A meta é atingir a totalidade (90%) das AIH emitidas pelo gestor referentes às saídas em cada mês de competência da Unidade. O prazo para a entrega da informação é o dia 10 de cada mês, após a emissão de relatórios oficiais para o gestor. Os dados devem ser enviados por meio eletrônico, contendo exclusivamente as AIH do mês de competência, livres de críticas e reapresentações.

2. Índice de Satisfação dos Usuários (20%)

Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, necessariamente com identificação do autor, e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

A Pesquisa de Satisfação do Usuário sobre o atendimento da Unidade destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes. Em cada trimestre será avaliada a satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados, mensalmente, em pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos nos ambulatórios das unidades, abrangendo 10% do total de pacientes, escolhidos aleatoriamente em cada área de internação, e 10% do total de pacientes atendidos em consulta no ambulatório.

A pesquisa será feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica. Os modelos dos questionários deverão ser avaliados e aprovados pelo Órgão Fiscalizador/Secretaria de Estado da Saúde. Será fornecida uma planilha de consolidação para preenchimento das respostas obtidas, dividindo as avaliações em três grupos: o de pacientes internados, o de acompanhantes de pacientes internados e o de pacientes em atendimento ambulatorial. O envio das planilhas de consolidação dos três grupos deverá ser até o dia 10 do mês imediatamente subsequente.

Ressalta-se que o índice é calculado usando a manifestação espontânea dos pacientes e acompanhantes da Unidade.

Meta = Resolução de 80% das queixas recebidas e o envio do relatório consolidado da Pesquisa de Satisfação do Usuário.

3. Taxa de Cesariana em Primípara (25%)

A Taxa de Cesariana em primíparas é um indicador selecionado que deverá refletir a qualidade do processo assistencial em Obstetrícia. O indicador é avaliado mensalmente sendo o relatório final relativo ao cumprimento de metas estabelecidas para o hospital avaliado a cada trimestre. O relatório deverá apresentar as informações totalizadas do trimestre com a identificação de todas as primíparas. O acompanhamento das taxas de cesáreas em primíparas, mortalidade neonatal intra hospitalar precoce e tardia por faixas de peso e número de óbitos maternos será realizado a partir dos dados incorporados a página da internet.

Os dados que devem ser informados para estes indicadores incluem o número total de

partos, o número total de cesáreas, o número de partos em primíparas, o número de cesáreas em primíparas e o número de óbitos neonatais estratificado por faixas de peso (<500g, 500 a 999g, 1000 a 1499g, 1500 a 1999g, 2000 a 2499g, igual ou maior que 2500g), Informar número de nascidos vivos, número de nascidos mortos, número de óbitos de 0 a 6 dias, número de óbitos de 7 a 28 dias, número de óbitos de 29 dias ou mais.

O valor ponderal deste indicador será 25% em todos os trimestres.

Meta = Elaboração de relatório contendo o valor das taxas no mês, com análise dos resultados encontrados, que devem ser encaminhado até o dia 10 do mês subsequente.

Memória de Cálculo = Número de cesáreas em primíparas X 100 / Número de partos

4. Taxa de Ocupação Operacional Geral (20%)

A Taxa de Ocupação Operacional Geral destina-se a avaliar o grau de utilização dos leitos operacionais na Unidade como um todo. Mede o perfil de utilização e gestão do leito operacional e está relacionado ao intervalo de substituição e à média de permanência.

A gestão eficiente do leito operacional aumenta a oferta de leitos para o sistema de saúde. O leito hospitalar deve ser bem gerenciado por ser um recurso caro e complexo. O mesmo deve ser utilizado de forma racional e com a indicação mais apropriada, de forma a estar disponível para os indivíduos que necessitem deste recurso para a recuperação da saúde.

Meta = Manter a taxa de ocupação entre 85 e 90%.

Memória de Cálculo = $\sum N^{\circ}$ de pacientes/dia no período / $\sum N^{\circ}$ de leitos/dia operacionais no período X 100.

a) Numerador - número de pacientes/dia = somatória de pacientes/dia do hospital no período de um mês.

b) Denominador - número de leitos/dia operacionais = somatória de leitos/dia operacionais no hospital no período de um mês.

Obs.: Utilizar o Censo Hospitalar das 00hs de cada dia. A padronização preconizada é baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria nº 312/2002 do MS.

A alimentação do sistema ou a coleta dos dados do Censo Hospitalar devem ser fidedignas no momento do Censo para que as informações de pacientes/dia e leitos/dia reflitam de forma precisa a ocupação do leito hospitalar. Nesse sentido, o cadastro de leitos no sistema de informação deverá ter rotinas de atualização sistemáticas.

Fonte de Dados = Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME.

O Relatório de consolidação do Censo Hospitalar deve ser realizado diariamente considerando o horário a partir das 00:00h, devendo ser armazenado no sistema de informação da Unidade ou registrado, como relatório em papel, no SAME, para posterior confirmação dos dados, se necessário. O relatório com a consolidação dos dados deverá ser enviado até o dia 10 do mês imediatamente subsequente, para ser avaliado e aprovado pelo Órgão Fiscalizador/Secretaria de Estado da Saúde.

Público alvo = Pacientes internados na Unidade.

5. Mortalidade operatória (20%)

Com a finalidade de monitorar o desempenho assistencial na área de cirurgia acompanharemos como indicadores a Taxa de Mortalidade Operatória estratificada por Classes (de 1 a 5) da Classificação da *American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology (ASA)* e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

Meta = Elaboração de relatório contendo o valor das taxas no mês, com análise dos resultados encontrados, que devem ser encaminhado até o dia 10 do mês subsequente.

5.1. Definições:

5.1.1. Taxa de Mortalidade Operatória:

Memória de Cálculo = número de óbitos ocorridos até sete dias após o procedimento cirúrgico classificado por ASA no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.

5.1.2. Taxa de Cirurgias de Urgência:

Memória de Cálculo = N° de cirurgias de urgência realizadas no mês / N° total de cirurgias realizadas no mês X 100.

O número de cirurgias deve ser preenchido com o número total de cirurgias efetuadas no Centro Cirúrgico, incluindo as cirurgias ambulatoriais. Estes dados devem ser enviados através de relatórios mensais nos quais constem a Taxa de Mortalidade Operatória com a análise deste índice elaborada pela Comissão de Óbitos e a Taxa de Cirurgias de Urgência.



Documento assinado eletronicamente por **ANA LIVIA SOARES TEIXEIRA BAHIA**,
Superintendente Interino (a), em 21/11/2018, às 09:05, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei
17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site
[http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?](http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1)
[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1](http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1) informando o código verificador **4821025**
e o código CRC **74E41D8F**.

SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E GERENCIAMENTO DAS
UNIDADES DE SAÚDE

RUA SC-1 299 - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - CEP 74860-270 - GOIANIA - GO - S/C



Referência: Processo nº 201800010045768



SEI 4821025



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E GERENCIAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE

TERMO DE REFERÊNCIA

ANEXO TÉCNICO I

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

Este Anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta diversas cláusulas específicas para Contrato de Gestão celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde-SES. O objetivo é descrever em detalhes diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo é dividido em quatro segmentos:

- 1- Especificações Técnicas**, que normatiza a execução contratual na área da saúde;
- 2- Descritivo de Serviços**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este Contrato;
- 3- Estrutura e Volume de Atividades Contratadas e**
- 4- Conteúdo das informações a serem encaminhadas à SES.**

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação eletrônica, a ser disponibilizado pela SES, para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela SES;

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS e Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, segundo os critérios da SES e do Ministério da Saúde - MS;

1.3. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico “hospitalista”, por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas da Unidade. As altas ambulatoriais e prescrições médicas deverão ser disponibilizadas até às 19h, sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);

1.4. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme adequado para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

1.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a terminologia “Secretaria de Estado da Saúde de Goiás”, bem como os logotipos do SUS e da

Unidade;

1.5.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites para eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás;

1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade, disponibilizando, a qualquer momento, à SES e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade;

1.7. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referente à assistência a ele prestada, sendo lícito, no entanto, buscar, junto à SES, o ressarcimento de despesas realizadas, e que não estão pactuadas, mas que foram previamente autorizadas, no subsequente repasse;

1.8. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Contrato;

1.9. Consolidar a imagem da Unidade como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

1.10. Estabelecer, implementar e disponibilizar *online*, à SES, o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC nº 02 e NBR 15943/2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos, com empresas idôneas e certificadas, de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

1.10.1. Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.11. Devolver à SES, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente Contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso;

1.12. Disponibilizar a informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome, RG e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

1.13. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:

- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.
- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.
- Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da Unidade.
- Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.
- Permitir a visita ao usuário internado conforme diretrizes da Política Nacional de

Humanização – PNH.

- Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.
- Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.
- Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.
- Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.
- Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, na Unidade, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.
- Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.
- Cumprir a Política Nacional e Estadual do Sangue, Componentes e Hemoderivados.

1.14. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como o ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, por meio de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde;

1.15. Implantar Pesquisa de Satisfação do Usuário, conforme item 2 do Anexo Técnico III;

1.16. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis;

1.17. Instalar um Serviço de Atendimento ao Usuário, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela SES, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo SUS;

1.18. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à SES, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

1.19. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da SES. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos no Anexo Técnico III deste Contrato;

1.20. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras unidades de saúde do Estado, por meio da Central de Regulação Municipal, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes;

1.21. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:

a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos

b) Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem

c) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

d) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT

e) Comissões Compulsórias da ANVISA e MS:

- Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional (Nutrição Enteral e Parenteral), de acordo com a Portaria GM/SNVS/MS e RDC da Anvisa nº 63/00

- Comissão de Gerenciamento de Resíduos

- Comissão de Farmacoterapia

1.22. Seguir os preceitos da Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde:

- Os laboratórios prestadores de serviços às Unidades da Rede do Estado de Goiás devem seguir fluxo de monitoramento de bactérias multiresistentes, incluindo a disponibilidade de cepas de bactérias.

- Garantir a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente.

- Alimentar o Sistema NOTIVISA (Segurança do Paciente) e FORMSUS (Controle de Infecção nos Serviços de Saúde).

- Seguir a Nota Técnica ANVISA nº 02/2017 no que diz respeito aos Critérios de Diagnósticos de Infecções relacionadas a Associação à Saúde para Notificações dos Indicadores Regionais.

- Garantir, às vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento, conforme Resolução nº 17/2006 da CIB, no Hospital de Doenças Tropicais – HDT, incluindo o fluxo de atendimento e notificações.

1.23. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico;

1.24. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da RDC nº 02, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943;

1.25. Em relação ao gerenciamento de tecnologias em saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter, durante a vigência deste Contrato, um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar a Unidade na Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

1.26. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa, quando for necessário, dessas informações. O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

1.27. Como parte do acompanhamento e supervisão do gerenciamento de equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e *login* do seu *software* de gerenciamento dos equipamentos médico-hospitalares, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas nos equipamentos, como também ao registro histórico desses equipamentos para subsidiar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde por parte do PARCEIRO PÚBLICO. O acesso ao *software* não desobriga o PARCEIRO PRIVADO de encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à SES a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde;

1.28. O rol de leis e normas sanitárias no qual as gerências do HUTRIN deverão se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área

da saúde e dá outras providências.

- Lei Federal Nº 12.845, de 01/08/13 - Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- Lei nº 9.431, Nº de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.
- Lei Federal nº 12.303/10 - exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas - teste da orelhinha.
- PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.
- PT GM/MS Nº 2.616 de 12 de maio de 1998 – Estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares.
- PT GM/MS Nº 1.863, de 29 de setembro de 2003 - Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências.
- PT GM/MS Nº 1.864, de 29 de setembro de 2003 - Institui o componente pré - hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.
- PT GM/MS Nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 – Aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
- PT GM/MS Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 - Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.
- PT GM/MS Nº 2.529, de 23 de novembro de 2004 - Institui o subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.
- PT SVS/MS Nº 453 – 01/06/1998 - Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos Raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.
- PT GM/MS Nº. 881, de 19 de junho de 2001 - Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH.
- PT MS/SAS Nº 202 de 19 de junho de 2001 - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do SUS.
- PT MS/SAS Nº 793 de 24 de abril de 2012 -Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.
- PT Nº 1.377 de 09/07/2013- Aprova os protocolos de segurança a paciente (cirurgia segura, higiene das mãos, úlcera por pressão).
- PT Nº 2.095 de 24/09/13 – Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente (prevenção de quedas, identificação, segurança de prescrição, uso e administração de medicamentos – NT 01/2015 e NT 02/2015).
- PT Nº 48/2004 – MS - Institui diretrizes gerais para funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE, define as competências da Secretaria de Vigilância em Saúde, dos Estados, Distrito Federal e dá outras providências.
- PT Nº 529/MS, de 01/04/13, e RDC nº 36, de 25 /07/ 13 - Núcleo de Segurança do Paciente.
- PT GM/MS Nº 1459, de 24/06/11 – Institui a Rede Cegonha e contém parâmetros e objetivos para o Serviço de Admissão Obstétrica, com a utilização dos Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco, segundo Portaria do Humaniza- SUS/ Classificação de Risco GM/MS

nº 569, 570 e 572, de 01/06/2000.

- PT GM Nº 1683, de 12/07/2007 – Institui as três etapas do Método Canguru de assistência humanizada aos recém-nascidos de baixo peso.
- PT GM nº 2051, de 08/11/2001 (Anexo nº 2) e Resoluções da ANVISA (RDC 221 e 222) - Norma Brasileira de Comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras.
- RDC nº 171/ANVISA, de 04/09/2006- Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento do Banco de Leite Humano, com prazo de 6 meses para adequações, se necessário.
- RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 - Substitui a Portaria nº 1.884, de 11/11/1994 – Estabelece normas destinadas ao exame e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde; Inclui as alterações contidas nas Resoluções RDC nº 307, de 14/11/2002, publicada no DOU de 18/11/2002 e RDC nº 189, de 18/07/2003, publicada no DOU de 21/07/2003.
- Resolução CFM Nº 1802/2016 – Dispõe sobre a prática do ato anestésico.

II – DESCRITIVO DE SERVIÇOS

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

O HUTRIN está localizado à Rua Maria Pedro de Oliveira esq. c/5, Jardim Primavera, Trindade/GO - CEP:75380-000, possui funcionamento 24 horas por dia, sete dias da semana ininterruptamente e integra a Rede Estadual de Hospitais de Urgências e Emergências do Estado de Goiás - Rede HUGO. É regulado pela Central de Regulação Municipal, sendo responsável pelo atendimento de Baixa e Média complexidade em Urgência/Emergência, clínica médica, clínica cirúrgica e clínica obstétrica. A região de abrangência da Unidade é o município de Trindade e municípios circunvizinhos de Palmeiras de Goiás, Campestre, Santa Bárbara. O ambulatório funciona de segunda a sexta-feira das 07h às 19h.

Capacidade Operacional da Unidade: 64 leitos assistenciais

Leitos de Internação	Clínica Médica	19
	Clínica Cirúrgica	12
	Clínica Obstétrica	15
Total de Leitos Operacionais	46 leitos	
Leitos Auxiliares	Observação	16
	Reanimação	02
Total de Leitos Auxiliares	18 leitos	
Total de Leitos	64 leitos	

A Unidade conta também com 01 Centro Cirúrgico com 02 salas cirúrgicas e 2 leitos de Recuperação Pós Anestésica – RPA.

O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades definidas no seu perfil de atendimento.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO serão efetuados por meio dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares e no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como por meio dos formulários e instrumentos para

registro de dados de produção definidos pela SES.

O PARCEIRO PRIVADO deverá aderir ao Sistema de Informação para Monitoramento, Controle e Avaliação a ser disponibilizados pela SES. O objetivo é permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela SES.

O PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Central de Regulação Municipal, de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis na Unidade, com tempo de resposta em no máximo 01(uma) hora.

1. Assistência Hospitalar

Internação (Saídas Hospitalares)

A distribuição dos 64 leitos propostos prevê a utilização de 46 leitos de internação, além de 18 leitos auxiliares, sendo 16 de Observação e 02 leitos de Reanimação no Pronto Socorro. Os pacientes serão referenciados por meio da Central de Regulação Municipal.

2. Atendimento Ambulatorial

O atendimento ambulatorial compreende:

- a. Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso
- b. Interconsulta
- c. Consulta subsequente (retorno)

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Central de Regulação do Município à Unidade, para atendimento a uma determinada especialidade.

Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento a especialidade referida.

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

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.

As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela SES.

2.1. No processo de Assistência Ambulatorial estão incluídos:

1. Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento quanto na fase de recuperação.
2. Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessárias, adicionalmente, devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.
3. Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de assistência, de acordo com listagem do SUS.

Clinica Cirúrgica	140	140	140	140	140	140	840
Clínica Obstétrica	120	120	120	120	120	120	720
TOTAL	400	400	400	400	400	400	2.400

2. ATENDIMENTO À URGÊNCIAS REFERENCIADAS (âmbito hospitalar)

A Unidade deverá realizar um número de 7.300 atendimentos/mês de urgência.

Urgência / Emergência	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	TOTAL
Atendimentos Médicos	7.300	7.300	7.300	7.300	7.300	7.300	43.800

3. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O hospital deverá realizar um número de atendimento ambulatorial de 1.200 consultas médicas/mês e 400 consultas não médicas/mês, de acordo com a capacidade operacional do ambulatório:

Atendimento Ambulatorial	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	TOTAL
Consulta Médica	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	7.200
Consulta não médica	400	400	400	400	400	400	2.400
TOTAL	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	1.600	9.600

Especialidades Médicas Oferecidas:

Angiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia/Mastologia, Obstetrícia, Ortopedia, Urologia e Pediatria.

IV – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

O PARCEIRO PRIVADO encaminhará à SES toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por essa determinada.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade
- Relatórios de Custos em Regime Trimestral
- Censo de origem dos pacientes atendidos
- Pesquisa de Satisfação de pacientes e acompanhantes

- Outras a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

ANEXO TÉCNICO II

SISTEMA DE REPASSE

I – Regras e Cronograma do Sistema de Repasse

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

1. A atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO subdivide-se em 03 (três) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I, nas modalidades abaixo assinaladas:

- a. Internação (Saídas Hospitalares)
- b. Atendimento às Urgências
- c. Atendimento Ambulatorial

1.1. As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da Unidade sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO.

2. Além das atividades de rotina, o HUTRIN poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da SES, conforme especificado no item IV do Anexo Técnico I - Descritivo de Serviços.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro do HUTRIN é estimado em **R\$ 13.769.793,60** (cento e dez milhões, cento e cinquenta e oito mil, trezentos e quarenta e oito reais e oitenta centavos) para o período de até **180 (cento e oitenta) dias**, e compõe-se da seguinte forma:

3.1. Uma parte relativa à **Avaliação Quantitativa** correspondendo a **90% (noventa por cento)** desse montante, totalizando o valor de **R\$ 12.392.814,24** (doze milhões, trezentos e noventa e dois mil, oitocentos e quatorze reais e vinte e quatro centavos):

- **70%** desse valor corresponde a **R\$ 8.674.969,97** (oito milhões, seiscentos e setenta e quatro mil, novecentos e sessenta e nove reais e noventa e sete centavos), refere-se ao custeio das despesas com a **Internação (saídas hospitalares)**;
- **25%** desse valor corresponde a **R\$ 3.098.203,56** (três milhões, noventa e oito mil, duzentos e três reais e cinquenta e seis centavos), refere-se ao custeio das despesas com o **Atendimento às Urgências**;
- **05%** desse valor corresponde a **R\$ 619.640,71** (seiscentos e dezenove mil, seiscentos e quarenta reais e setenta e um centavos), refere-se ao custeio das despesas com o **Atendimento Ambulatorial**.

3.2. Uma parte relativa à **Avaliação Qualitativa** correspondendo à **10% (dez por cento)** desse montante, totalizando o valor de **R\$ 1.376.979,36** (um milhão, trezentos e setenta e seis mil, novecentos e setenta e nove reais e trinta e seis centavos) será repassado para cada meta alcançada nos Indicadores abaixo relacionados:

1. Autorização de Internação Hospitalar (20%)

2. Índice de Satisfação dos Usuários (20%)
3. Taxa de Ocupação Operacional Geral (20%)
4. Taxa de Cesariana em Primípara (20%)
5. Mortalidade Operatória (20%)

4. Os repasses ao PARCEIRO PRIVADO dar-se-ão na seguinte conformidade:

4.1. **90% (noventa por cento)**, correspondente à Avaliação Quantitativa, mencionado no item 3.1, será repassado em até **06 (seis) parcelas mensais fixas** no valor estimado de **R\$ 2.065.469,04** (dois milhões, sessenta e cinco mil, quatrocentos e sessenta e nove reais e quatro centavos).

4.2. **10% (dez por cento)**, correspondente à Avaliação Qualitativa, mencionado no item 3.2, será repassado mensalmente junto com as parcelas da Avaliação Quantitativa, em até **06 (seis) parcelas mensais** no valor estimado de **R\$ 229.496,56** (duzentos e vinte e nove mil, quatrocentos e noventa e seis reais e cinquenta e seis centavos).

Esses valores estão vinculados à avaliação Qualitativa, conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no Anexo Técnico III-Indicadores de Qualidade, parte integrante deste Contrato de Gestão.

4.3. O valor de cada parcela mensal está estimado em **R\$ 2.294.965,60** (dois milhões, duzentos e noventa e quatro mil, novecentos e sessenta e cinco reais e sessenta centavos).

4.4. A Avaliação Quantitativa serão realizadas em regime trimestral, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos Indicadores pela Unidade.

5. Visando o acompanhamento, a avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO no ANEXO TÉCNICO I, a mesma deverá encaminhar, mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela SES, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela Unidade.

5.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas por meio dos registros no SIA-Sistema de Informações Ambulatoriais e SIH-Sistema de Informações Hospitalares, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela SES.

5.2. As informações mensais, relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à SES, de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

5.3. As informações deverão fazer parte da Planilha de Informações Complementares, que deverão ser enviadas até o dia 10 (dez) de cada mês para a Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão - COMFIC/GEFIC/SCAGES/SES-GO.

5.4. A Avaliação Qualitativa será realizada em regime trimestral, e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de, até, 10% (dez por cento) de cada mês, conforme disposto no Anexo Técnico III.

5.5. O Sistema de Gestão em Organizações Sociais - SIGOS, disponibilizado na Internet, emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pela Unidade, e estabelecerá, por meio de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6. A SES procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

6.1. A parcela referente à Avaliação Qualitativa será paga mensalmente, junto com a parcela referente à Avaliação Quantitativa, e os eventuais ajustes financeiros, a menor, serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores estabelecidos, na forma disposta neste Contrato e

seus Anexos.

6.2. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse, o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste Contrato.

7. A cada período de 03 (três) meses, a SES procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação das Metas Qualitativa e Quantitativa.

8. Ao final do presente Contrato, a SES procederá a análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades nele estabelecidas, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

9. O PARCEIRO PRIVADO deverá elaborar e encaminhar à SES, em modelos por essa estabelecidos, relatórios de execução, trimestral, em data estabelecida pela SES, do mês subsequente ao trimestre.

10. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade administrada, descrição do serviço prestado, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

11. O PARCEIRO PÚBLICO realizará, mensalmente, o desconto financeiro referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO.

II - Sistemática e Critérios de Repasse e Desconto Financeiro por Não Cumprimento de Meta

Com a finalidade de estabelecer a sistemática e os critérios de repasses e desconto financeiro por não cumprimento de meta, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. Avaliação e Valoração dos Desvios nas Quantidades de Atividade Assistencial (Avaliação Quantitativa do Contrato de Gestão – 90%)

A avaliação e análise da Atividade Assistencial contratada constante deste documento será efetuada ao final do contrato conforme explicitado na Tabela I - *Tabela de desconto financeiro por não cumprimento de meta quantitativa conforme percentual de volume contratado*. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial constante no ANEXO I e gerarão uma variação proporcional no valor de desconto financeiro, caso haja o não cumprimento de meta, a ser efetuado ao PARCEIRO PRIVADO, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela I deste ANEXO.

2. Avaliação e Valoração dos Indicadores de Qualidade (Avaliação Qualitativa do Contrato de Gestão – 10%)

Os valores percentuais apontados no Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade, para valoração de cada um dos indicadores, serão utilizados para o cálculo do repasse referente à Avaliação Qualitativa, conforme especificado no item 4.2 e 4.3 deste documento. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão em 02 trimestres.

TABELA I – *Tabela de desconto financeiro por não cumprimento de meta quantitativa conforme percentual de volume contratado.*

--	--	--

PERCENTUAL DO VOLUME CONTRATADO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR DO DESCONTO FINANCEIRO POR NÃO CUMPRIMENTO DE META
INTERNAÇÃO 80%	Entre 70% e 84,99% do volume contratado.	10% do orçamento destinado à atividade da internação.
	Menos que 70% do volume contratado.	30% do orçamento destinado à atividade da internação.
ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS 18%	Entre 70% e 84,99% do volume contratado.	10% do orçamento destinado ao atendimento às urgências.
	Menos que 70% do volume contratado.	30% do orçamento destinado ao atendimento às urgências.
ATENDIMENTO AMBULATORIAL 2%	Entre 70% e 84,99% do volume contratado.	10% do orçamento destinado ao atendimento ambulatorial.
	Menos que 70% do volume contratado.	30% do orçamento destinado ao atendimento ambulatorial.

ANEXO TÉCNICO III

INDICADORES DE QUALIDADE

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade. A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da Unidade.

1. Autorização de Internação Hospitalar (20%) - Avalia a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar.

A meta é atingir a totalidade (90%) das AIH emitidas pelo gestor referentes às saídas em cada mês de competência da Unidade. O prazo para a entrega da informação é o dia 10 de cada mês, após a emissão de relatórios oficiais para o gestor. Os dados devem ser enviados por meio eletrônico, contendo exclusivamente as AIH do mês de competência, livres de críticas e reapresentações.

2. Índice de Satisfação dos Usuários (20%)

Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, necessariamente com identificação do autor, e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

A Pesquisa de Satisfação do Usuário sobre o atendimento da Unidade destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes. Em cada trimestre será avaliada a satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados, mensalmente, em pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos nos ambulatórios das unidades, abrangendo 10% do total de pacientes, escolhidos aleatoriamente em cada área de internação, e 10% do total de pacientes atendidos em consulta no ambulatório.

A pesquisa será feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica. Os modelos dos questionários deverão ser avaliados e aprovados pelo Órgão Fiscalizador/Secretaria de Estado da Saúde. Será fornecida uma planilha de consolidação para preenchimento das respostas obtidas, dividindo as avaliações em três grupos: o de pacientes

internados, o de acompanhantes de pacientes internados e o de pacientes em atendimento ambulatorial. O envio das planilhas de consolidação dos três grupos deverá ser até o dia 10 do mês imediatamente subsequente.

Ressalta-se que o índice é calculado usando a manifestação espontânea dos pacientes e acompanhantes da Unidade.

Meta = Resolução de 80% das queixas recebidas e o envio do relatório consolidado da Pesquisa de Satisfação do Usuário.

3. Taxa de Cesariana em Primípara (25%)

A Taxa de Cesariana em primíparas é um indicador selecionado que deverá refletir a qualidade do processo assistencial em Obstetrícia. O indicador é avaliado mensalmente sendo o relatório final relativo ao cumprimento de metas estabelecidas para o hospital avaliado a cada trimestre. O relatório deverá apresentar as informações totalizadas do trimestre com a identificação de todas as primíparas. O acompanhamento das taxas de cesáreas em primíparas, mortalidade neonatal intra hospitalar precoce e tardia por faixas de peso e número de óbitos maternos será realizado a partir dos dados incorporados a página da internet.

Os dados que devem ser informados para estes indicadores incluem o número total de partos, o número total de cesáreas, o número de partos em primíparas, o número de cesáreas em primíparas e o número de óbitos neonatais estratificado por faixas de peso (<500g , 500 a 999g , 1000 a 1499g , 1500 a 1999g , 2000 a 2499g , igual ou maior que 2500g), Informar número de nascidos vivos, número de nascidos mortos, número de óbitos de 0 a 6 dias, número de óbitos de 7 a 28 dias, número de óbitos de 29 dias ou mais.

O valor ponderal deste indicador será 25% em todos os trimestres.

Meta = Elaboração de relatório contendo o valor das taxas no mês, com análise dos resultados encontrados, que devem ser encaminhado até o dia 10 do mês subsequente.

Memória de Cálculo = Número de cesáreas em primíparas / Número de partos X 100.

4. Taxa de Ocupação Operacional Geral (20%)

A Taxa de Ocupação Operacional Geral destina-se a avaliar o grau de utilização dos leitos operacionais na Unidade como um todo. Mede o perfil de utilização e gestão do leito operacional e está relacionado ao intervalo de substituição e à média de permanência.

A gestão eficiente do leito operacional aumenta a oferta de leitos para o sistema de saúde. O leito hospitalar deve ser bem gerenciado por ser um recurso caro e complexo. O mesmo deve ser utilizado de forma racional e com a indicação mais apropriada, de forma a estar disponível para os indivíduos que necessitem deste recurso para a recuperação da saúde.

Meta = Manter a taxa de ocupação entre 85 e 90%.

Memória de Cálculo = $\sum N^{\circ}$ de pacientes/dia no período / $\sum N^{\circ}$ de leitos/dia operacionais no período X 100.

a) Numerador - número de pacientes/dia = somatória de pacientes/dia do hospital no período de um mês.

b) Denominador - número de leitos/dia operacionais = somatória de leitos/dia operacionais no hospital no período de um mês.

Obs.: Utilizar o Censo Hospitalar das 00:00h de cada dia. A padronização preconizada é baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria nº 312/2002 do MS.

A alimentação do sistema ou a coleta dos dados do Censo Hospitalar devem ser fidedignas no momento do Censo para que as informações de pacientes /dia e leitos/ dia reflitam de forma precisa

a ocupação do leito hospitalar. Nesse sentido, o cadastro de leitos no sistema de informação deverá ter rotinas de atualização sistemáticas.

Fonte de Dados = Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME.

O Relatório de consolidação do Censo Hospitalar deve ser realizado diariamente considerando o horário a partir das 00:00h, devendo ser armazenado no sistema de informação da Unidade ou registrado, como relatório em papel, no SAME, para posterior confirmação dos dados, se necessário. O relatório com a consolidação dos dados deverá ser enviado até o dia 10 do mês imediatamente subsequente, para ser avaliado e aprovado pelo Órgão Fiscalizador/Secretaria de Estado da Saúde.

Público alvo = Pacientes internados na Unidade.

5. Mortalidade Operatória (20%)

Com a finalidade de monitorar o desempenho assistencial na área de cirurgia acompanharemos como indicadores a Taxa de Mortalidade Operatória estratificada por Classes (de 1 a 5) da Classificação da *American Society of Anesthesiology* do *Average Score of Anesthesiology* (ASA) e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

Meta = Elaboração de relatório contendo o valor das taxas no mês, com análise dos resultados encontrados, que devem ser encaminhado até o dia 10 do mês subsequente.

5.1. Definições:

5.1.1. Taxa de Mortalidade Operatória:

Memória de Cálculo = número de óbitos ocorridos até sete dias após o procedimento cirúrgico classificado por ASA no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.

5.1.2. Taxa de Cirurgias de Urgência:

Memória de Cálculo = N° de cirurgias de urgência realizadas no mês / N° total de cirurgias realizadas no mês X 100

O número de cirurgias deve ser preenchido com o número total de cirurgias efetuadas no Centro Cirúrgico, incluindo as cirurgias ambulatoriais. Estes dados devem ser enviados através de relatórios mensais nos quais constem a Taxa de Mortalidade Operatória com a análise deste índice elaborada pela Comissão de Óbitos e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

ANEXO TÉCNICO IV

DEMAIS DISPOSIÇÕES

I. O PARCEIRO PÚBLICO poderá realizar repasse de recursos ao PARCEIRO PRIVADO, a título de investimento, no início ou durante a execução do Contrato de Gestão, para ampliação, adaptação e reformas das estruturas físicas já existentes, de acordo com o cronograma estimado de obras, bem como a aquisição de equipamentos e bens móveis que se fazem necessários à prestação dos serviços públicos.

II. A remuneração dos membros da Diretoria do PARCEIRO PRIVADO não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo Estadual.

III. Nos termos do item II acima, O PARCEIRO PRIVADO deverá utilizar os valores de mercado

privado da região de inserção, ratificados por meio de Pesquisa Salarial de Mercado Anual, que contemple ao menos 5 (cinco) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados.

IV. Na eventual rescisão de contrato trabalhista de empregado, a responsabilidade pela mesma é do PARCEIRO PRIVADO, cabendo ao PARCEIRO PÚBLICO o ônus financeiro.

V. Ocorrendo a situação prevista no item IV acima, o PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar ao PARCEIRO PÚBLICO o comprovante das despesas com as respectivas rescisões devidamente homologadas junto aos órgãos competentes, quando aplicável, e requerer o ressarcimento para a recomposição dos recursos destinados à assistência hospitalar.

VI. Na eventual rescisão deste Contrato de Gestão, os valores repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO ao PARCEIRO PRIVADO disponíveis em conta e não utilizados na prestação dos serviços de saúde serão devolvidos aos cofres públicos, com as devidas aplicações financeiras.

VII. Os valores relativos às reclamações trabalhistas e ações judiciais que surgirem após a rescisão do presente Contrato, sob qualquer forma das atividades descritas neste Instrumento, será de responsabilidade do PARCEIRO PÚBLICO após a devolução pelo PARCEIRO PRIVADO do saldo líquido existente no fundo, previsto no item 7.3 da Cláusula Sétima deste Contrato de Gestão, devendo o PARCEIRO PÚBLICO dar total quitação ao PARCEIRO PRIVADO no ato dessa devolução.

VIII. Em caso de rescisão unilateral deste Contrato de Gestão por parte do PARCEIRO PÚBLICO, o PARCEIRO PÚBLICO deverá arcar com os custos de desmobilização e dispensa do pessoal contratado pelo PARCEIRO PRIVADO para a execução dos serviços pactuados, sem prejuízo de eventual indenização que a ela couber.

IX. Encerrado o prazo de vigência do presente Instrumento Contratual, e não cabendo mais sua prorrogação, proceder-se-á à sub-rogação dos direitos e deveres decorrentes dos contratos firmados pelo PARCEIRO PRIVADO, para execução do objeto deste Contrato de Gestão, à nova entidade escolhida pelo PARCEIRO PÚBLICO.

X. Observada a conveniência e oportunidade, após manifestação de órgãos técnicos da SES/GO, o Secretário de Estado da Saúde poderá editar Portarias para, de forma complementar, e observando o princípio da eficiência da Administração Pública e demais constantes no *caput* do art. 37 da Constituição Federal, normatizar a execução deste Contrato de Gestão.



Documento assinado eletronicamente por **ANA LIVIA SOARES TEIXEIRA BAHIA**, **Superintendente Interino (a)**, em 21/11/2018, às 09:05, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **4821034** e o código CRC **749DAC9B**.

SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E GERENCIAMENTO DAS
UNIDADES DE SAÚDE

RUA SC-1 299 - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - CEP 74860-270 - GOIANIA - GO - S/C



Referência: Processo nº 201800010045768



SEI 4821034



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E GERENCIAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE

TERMO DE REFERÊNCIA

ANEXO TÉCNICO I

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

Este Anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta diversas cláusulas específicas para Contrato de Gestão celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde-SES. O objetivo é descrever em detalhes diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo é dividido em quatro segmentos:

- 1- Especificações Técnicas**, que normatiza a execução contratual na área da saúde;
- 2- Descritivo de Serviços**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este Contrato;
- 3- Estrutura e Volume de Atividades Contratadas e**
- 4- Conteúdo das informações a serem encaminhadas à SES.**

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

- 1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação eletrônica, a ser disponibilizado pela SES, para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela SES;
- 1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS e Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, segundo os critérios da SES e do Ministério da Saúde - MS;
- 1.3. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico “hospitalista”, por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas da Unidade. As altas ambulatoriais e prescrições médicas deverão ser disponibilizadas até às 19h, sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);
- 1.4. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme adequado para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;
- 1.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a terminologia “Secretaria de Estado da Saúde de Goiás”, bem como os logotipos do SUS e da Unidade;

1.5.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites para eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás;

1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade, disponibilizando, a qualquer momento, à SES e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade;

1.7. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referente à assistência a ele prestada, sendo lícito, no entanto, buscar, junto à SES, o ressarcimento de despesas realizadas, e que não estão pactuadas, mas que foram previamente autorizadas, no subsequente repasse;

1.8. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Contrato;

1.9. Consolidar a imagem da Unidade como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

1.10. Estabelecer, implementar e disponibilizar *online*, à SES, o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC nº 02 e NBR 15943/2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos, com empresas idôneas e certificadas, de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

1.10.1. Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.11. Devolver à SES, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente Contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso;

1.12. Disponibilizar a informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome, RG e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

1.13. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:

- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.
- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.
- Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da Unidade.
- Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.
- Permitir a visita ao usuário internado conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.

- Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.
- Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.
- Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.
- Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.
- Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, na Unidade, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.
- Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.
- Cumprir a Política Nacional e Estadual do Sangue, Componentes e Hemoderivados.

1.14. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como o ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, por meio de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde;

1.15. Implantar Pesquisa de Satisfação do Usuário, conforme item 2 do Anexo Técnico III;

1.16. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis;

1.17. Instalar um Serviço de Atendimento ao Usuário, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela SES, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo SUS;

1.18. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à SES, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

1.19. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da SES. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos no Anexo Técnico III deste Contrato;

1.20. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras unidades de saúde do Estado, por meio da Central de Regulação Municipal, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes;

1.21. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:

a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos

b) Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem

c) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

d) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT

e) Comissões Compulsórias da ANVISA e MS:

- Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional (Nutrição Enteral e Parenteral), de acordo com a Portaria GM/SNVS/MS e RDC da Anvisa nº 63/00

- Comissão de Gerenciamento de Resíduos

- Comissão de Farmacoterapia

1.22. Seguir os preceitos da Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde:

- Os laboratórios prestadores de serviços às Unidades da Rede do Estado de Goiás devem seguir fluxo de monitoramento de bactérias multiresistentes, incluindo a disponibilidade de cepas de

bactérias.

- Garantir a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente.
- Alimentar o Sistema NOTIVISA (Segurança do Paciente) e FORMSUS (Controle de Infecção nos Serviços de Saúde).
- Seguir a Nota Técnica ANVISA nº 02/2017 no que diz respeito aos Critérios de Diagnósticos de Infecções relacionadas a Associação à Saúde para Notificações dos Indicadores Regionais.
- Garantir, às vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento, conforme Resolução nº 17/2006 da CIB, no Hospital de Doenças Tropicais – HDT, incluindo o fluxo de atendimento e notificações.

1.23. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico;

1.24. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da RDC nº 02, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943;

1.25. Em relação ao gerenciamento de tecnologias em saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter, durante a vigência deste Contrato, um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar a Unidade na Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

1.26. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa, quando for necessário, dessas informações. O PARCEIRO PRIVADO deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade.

O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

1.27. Como parte do acompanhamento e supervisão do gerenciamento de equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e *login* do seu *software* de gerenciamento dos equipamentos médico-hospitalares, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas nos equipamentos, como também ao registro histórico desses equipamentos para subsidiar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde por parte do PARCEIRO PÚBLICO. O acesso ao *software* não desobriga o PARCEIRO PRIVADO de encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à SES a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde;

1.28. O rol de leis e normas sanitárias no qual as gerências do HUTRIN deverão se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Lei Federal Nº 12.845, de 01/08/13 - Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de

pessoas em situação de violência sexual.

- Lei nº 9.431, Nº de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.
- Lei Federal nº 12.303/10 - exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas - teste da orelhinha.
- PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.
- PT GM/MS Nº 2.616 de 12 de maio de 1998 – Estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares.
- PT GM/MS Nº 1.863, de 29 de setembro de 2003 - Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências.
- PT GM/MS Nº 1.864, de 29 de setembro de 2003 - Institui o componente pré - hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.
- PT GM/MS Nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 – Aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
- PT GM/MS Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 - Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.
- PT GM/MS Nº 2.529, de 23 de novembro de 2004 - Institui o subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.
- PT SVS/MS Nº 453 – 01/06/1998 - Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos Raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.
- PT GM/MS Nº. 881, de 19 de junho de 2001 - Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH.
- PT MS/SAS Nº 202 de 19 de junho de 2001 - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do SUS.
- PT MS/SAS Nº 793 de 24 de abril de 2012 -Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.
- PT Nº 1.377 de 09/07/2013- Aprova os protocolos de segurança a paciente (cirurgia segura, higiene das mãos, úlcera por pressão).
- PT Nº 2.095 de 24/09/13 – Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente (prevenção de quedas, identificação, segurança de prescrição, uso e administração de medicamentos – NT 01/2015 e NT 02/2015).
- PT Nº 48/2004 – MS - Institui diretrizes gerais para funcionamento dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE, define as competências da Secretaria de Vigilância em Saúde, dos Estados, Distrito Federal e dá outras providências.
- PT Nº 529/MS, de 01/04/13, e RDC nº 36, de 25 /07/ 13 - Núcleo de Segurança do Paciente.
- PT GM/MS Nº 1459, de 24/06/11 – Institui a Rede Cegonha e contém parâmetros e objetivos para o Serviço de Admissão Obstétrica, com a utilização dos Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco, segundo Portaria do Humaniza- SUS/ Classificação de Risco GM/MS nº 569, 570 e 572, de 01/06/2000.
- PT GM Nº 1683, de 12/07/2007 – Institui as três etapas do Método Canguru de assistência

humanizada aos recém-nascidos de baixo peso.

- PT GM nº 2051, de 08/11/2001 (Anexo nº 2) e Resoluções da ANVISA (RDC 221 e 222) - Norma Brasileira de Comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras.
- RDC nº 171/ANVISA, de 04/09/2006- Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento do Banco de Leite Humano, com prazo de 6 meses para adequações, se necessário.
- RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 - Substitui a Portaria nº 1.884, de 11/11/1994 – Estabelece normas destinadas ao exame e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde; Inclui as alterações contidas nas Resoluções RDC nº 307, de 14/11/2002, publicada no DOU de 18/11/2002 e RDC nº 189, de 18/07/2003, publicada no DOU de 21/07/2003.
- Resolução CFM Nº 1802/2016 – Dispõe sobre a prática do ato anestésico.

II – DESCRITIVO DE SERVIÇOS

CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

O HUTRIN está localizado à Rua Maria Pedro de Oliveira esq. c/5, Jardim Primavera, Trindade/GO - CEP:75380-000, possui funcionamento 24 horas por dia, sete dias da semana ininterruptamente e integra a Rede Estadual de Hospitais de Urgências e Emergências do Estado de Goiás - Rede HUGO. É regulado pela Central de Regulação Municipal, sendo responsável pelo atendimento de Baixa e Média complexidade em Urgência/Emergência, clínica médica, clínica cirúrgica e clínica obstétrica. A região de abrangência da Unidade é o município de Trindade e municípios circunvizinhos de Palmeiras de Goiás, Campestre, Santa Bárbara. O ambulatório funciona de segunda a sexta-feira das 07h às 19h.

Capacidade Operacional da Unidade: 64 leitos assistenciais

Leitos de Internação	Clínica Médica	19
	Clínica Cirúrgica	12
	Clínica Obstétrica	15
Total de Leitos Operacionais	46 leitos	
Leitos Auxiliares	Observação	16
	Reanimação	02
Total de Leitos Auxiliares	18 leitos	
Total de Leitos	64 leitos	

A Unidade conta também com 01 Centro Cirúrgico com 02 salas cirúrgicas e 2 leitos de Recuperação Pós Anestésica – RPA.

O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades definidas no seu perfil de atendimento.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO serão efetuados por meio dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares e no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como por meio dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela SES.

O PARCEIRO PRIVADO deverá aderir ao Sistema de Informação para Monitoramento, Controle e Avaliação a ser disponibilizados pela SES. O objetivo é permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela SES.

O PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Central de Regulação Municipal, de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis na Unidade, com tempo de resposta em no máximo 01(uma) hora.

1. Assistência Hospitalar

Internação (Saídas Hospitalares)

A distribuição dos 64 leitos propostos prevê a utilização de 46 leitos de internação, além de 18 leitos auxiliares, sendo 16 de Observação e 02 leitos de Reanimação no Pronto Socorro. Os pacientes serão referenciados por meio da Central de Regulação Municipal.

2. Atendimento Ambulatorial

O atendimento ambulatorial compreende:

- a. Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso
- b. Interconsulta
- c. Consulta subsequente (retorno)

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Central de Regulação do Município à Unidade, para atendimento a uma determinada especialidade.

Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento a especialidade referida.

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

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.

As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela SES.

2.1. No processo de Assistência Ambulatorial estão incluídos:

1. Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento quanto na fase de recuperação.
2. Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessárias, adicionalmente, devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.
3. Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de assistência, de acordo com listagem do SUS.
4. Serviço de Nutrição e Alimentação com fornecimento de insumos necessários para a elaboração, preparo e distribuição de refeições para os funcionários da Unidade e pacientes, quando necessário.
5. Assistência por equipe multiprofissional especializada.
6. Diárias de hospitalização, em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do usuário.
7. Hemocomponentes e hemoderivados.
8. Acompanhante para os usuários idosos, crianças, adolescentes e gestantes, quando necessário.
9. Material descartável necessário à assistência multiprofissional.
10. Fornecimento de enxoval hospitalar.
11. Procedimentos especiais necessários ao adequado atendimento e tratamento do usuário, de acordo com a capacidade instalada, respeitando sua complexidade.

Consultas de Especialidades Médicas oferecidas pelo Ambulatório da Unidade:

Angiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia/Mastologia, Obstetrícia, Ortopedia, Urologia., Pediatria.

Obs.: O Pediatra presta atendimento ao ambulatório e aos bebês do berçário e das enfermarias de internação.

SADT Interno oferecido pela Unidade:

Análises Clínicas	Eletrocardiograma	Raio-X
-------------------	-------------------	--------

3. Programas Especiais e Novas Especialidades

Se, ao longo da vigência deste Contrato, de comum acordo entre os contratantes, o HUTRIN 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, essas atividades poderão ser previamente autorizadas pelo PARCEIRO PÚBLICO, após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada por meio de Termo Aditivo ao presente Contrato.

III – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

1. INTERNAÇÃO (SAÍDAS HOSPITALARES)

Especialidades Médicas Oferecidas:

Angiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia/Mastologia, Obstetrícia, Ortopedia, Urologia e Pediatria.

IV – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

O PARCEIRO PRIVADO encaminhará à SES toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por essa determinada.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade
- Relatórios de Custos em Regime Trimestral
- Censo de origem dos pacientes atendidos
- Pesquisa de Satisfação de pacientes e acompanhantes
- Outras a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

ANEXO TÉCNICO II

SISTEMA DE REPASSE

I – Regras e Cronograma do Sistema de Repasse

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

1. A atividade assistencial do PARCEIRO PRIVADO subdivide-se em 03 (três) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I, nas modalidades abaixo assinaladas:

1. Internação (Saídas Hospitalares)
2. Atendimento às Urgências
3. Atendimento Ambulatorial

1.1. As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da Unidade sob gerenciamento do PARCEIRO PRIVADO.

2. Além das atividades de rotina, o HUTRIN poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da SES, conforme especificado no item IV do Anexo Técnico I - Descritivo de Serviços.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro do HUTRIN é estimado em **R\$ 13.769.793,60** (cento e dez milhões, cento e cinquenta e oito mil, trezentos e quarenta e oito reais e oitenta centavos) para o período de até **180 (cento e oitenta) dias**, e compõe-se da seguinte forma:

3.1. Da parte fixa, **90% (noventa por cento)** desse montante corresponde ao valor de **R\$ 12.392.814,24** (doze milhões, trezentos e noventa e dois mil, oitocentos e quatorze reais e vinte e quatro centavos), sendo:

- **70% (setenta por cento)** desse valor correspondem a **R\$ 8.674.969,97** (oito milhões, seiscentos e setenta e quatro mil, novecentos e sessenta e nove reais e noventa e sete centavos), refere-se ao custeio das despesas com a **Internação (saídas hospitalares)**;
- **25%** desse valor correspondem a **R\$ 3.098.203,56** (três milhões, noventa e oito mil, duzentos e três reais e cinquenta e seis centavos), refere-se ao custeio das despesas com o **Atendimento de Urgência**;
- **05%** desse valor corresponde a **R\$ 619.640,71** (seiscentos e dezenove mil, seiscentos e quarenta reais e setenta e um centavos), refere-se ao custeio das despesas com o **Atendimento Ambulatorial**.

3.2. Da parte variável, **10% (dez por cento)** do montante, correspondem ao valor de **R\$ 1.376.979,36** (um milhão, trezentos e setenta e seis mil, novecentos e setenta e nove reais e trinta e seis centavos), e será repassado, mensalmente, para cada meta alcançada nos Indicadores abaixo relacionados, o percentual de 25% (vinte e cinco por cento), perfazendo **R\$ 57.374,14** (cinquenta e sete mil, trezentos e setenta e quatro reais e quatorze centavos):

1. Autorização de Internação Hospitalar (25%)
2. Atenção ao Usuário (25%)
3. Acolhimento Com Classificação de Risco – ACCR (25%)
4. Taxa de Suspensão de Cirurgia Eletiva (25%)

4. Os repasses ao PARCEIRO PRIVADO dar-se-ão na seguinte conformidade:

4.1. **90% (noventa por cento)**, da parte fixa, mencionado no item 3.1, será repassado em até **06 (seis) parcelas mensais fixas** no valor estimado de **R\$ 2.065.469,04** (dois milhões, sessenta e cinco mil, quatrocentos e sessenta e nove reais e quatro centavos).

4.2. **10% (dez por cento)**, da parte variável, mencionado no item 3.2, será repassado mensalmente junto com as parcelas da parte fixa, em até **06 (seis) parcelas mensais** no valor estimado de **R\$ 229.496,56** (duzentos e vinte e nove mil, quatrocentos e noventa e seis reais e cinquenta e seis centavos), vinculados à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no Anexo Técnico III - Indicadores de Qualidade, parte integrante deste Contrato de Gestão.

4.3. O valor de cada parcela mensal está estimado em **R\$ 2.294.965,60** (dois milhões, duzentos e noventa e quatro mil, novecentos e sessenta e cinco reais e sessenta centavos).

4.4. As avaliações da parte fixa e variável serão realizadas em regime trimestral, podendo gerar um desconto financeiro **a menor** nos meses subseqüentes ou a final do contrato, dependendo do alcance do percentual de não cumprimento de metas quantitativas (produção) e do percentual de alcance dos indicadores de qualidade (qualitativa), pela Unidade.

5. Visando o acompanhamento, a avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO no ANEXO TÉCNICO I, a mesma deverá encaminhar, mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela SES, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela Unidade.

5.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas por meio dos registros no SIA -

Sistema de Informações Ambulatoriais e SIH - Sistema de Informações Hospitalares, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela SES.

5.2. As informações mensais, relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à SES, de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

5.3. As informações deverão fazer parte da Planilha de Informações Complementares, que deverão ser enviadas até o dia 10 (dez) de cada mês para a Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão - COMFIC/GEFIC/SCAGES/SES-GO.

5.4. O Sistema de Gestão em Organizações Sociais - SIGOS, disponibilizado na Internet, emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pela Unidade, e estabelecerá, por meio de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6. A SES procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

6.1. A parcela referente à parte variável será paga mensalmente, junto com a parcela referente à parte fixa, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos.

6.2. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse, o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste Contrato.

7. Ao final de cada período de 03 (três) meses, a SES procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação das Metas de Produção e Indicadores de Qualidade.

8. Ao final do presente Contrato, a SES procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais e dos indicadores de qualidade realizados pelo PARCEIRO PRIVADO, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta da parte fixa e variável.

9. O PARCEIRO PRIVADO deverá elaborar e encaminhar à SES, em modelos por essa estabelecidos, relatórios de execução, trimestral, em data estabelecida pela SES, do mês subsequente ao trimestre.

10. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade administrada, descrição do serviço prestado, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

11. O PARCEIRO PÚBLICO realizará, mensalmente, o desconto financeiro referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO.

II - Sistemática e Critérios de Repasse e Desconto Financeiro por Não Cumprimento de Meta

Com a finalidade de estabelecer a sistemática e os critérios de repasses e desconto financeiro por não cumprimento de meta, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. Avaliação e Valoração dos Desvios nas Quantidades de Atividade Assistencial (Parte Fixa do Contrato de Gestão – 90%)

A avaliação e análise da Atividade Assistencial contratada constante deste documento serão efetuadas em dois trimestres, consecutivos. Os desvios serão analisados em relação às quantidades

especificadas para cada modalidade de atividade assistencial constante no ANEXO I e gerarão uma variação proporcional no valor de desconto financeiro, caso haja o não cumprimento de meta, a ser efetuado em regime trimestral ou ao final do Contrato ao PARCEIRO PRIVADO, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada conforme explicitado na Tabela I - *Tabela de desconto financeiro por não cumprimento de meta quantitativa conforme percentual de volume contratado*, deste Anexo.

2. Avaliação e Valoração dos Indicadores de Qualidade (Parte Variável do Contrato de Gestão – 10%)

Os valores percentuais apontados no Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade, para valoração de cada um dos indicadores, serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 3.2 e 4.2 deste documento. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados em regime trimestral e/ou ao final do Contrato.

TABELA I – *Tabela de desconto financeiro por não cumprimento de meta quantitativa conforme percentual de volume contratado.*

PERCENTUAL DO VOLUME CONTRATADO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR DO DESCONTO FINANCEIRO POR NÃO CUMPRIMENTO DE META
INTERNAÇÃO 70%	Entre 70% e 84,99% do volume contratado.	10% do orçamento destinado à atividade da internação.
	Menos que 70% do volume contratado.	30% do orçamento destinado à atividade da internação.
ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS 25%	Entre 70% e 84,99% do volume contratado.	10% do orçamento destinado ao atendimento às urgências.
	Menos que 70% do volume contratado.	30% do orçamento destinado ao atendimento às urgências.
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	Entre 70% e 84,99% do volume contratado.	10% do orçamento destinado ao atendimento ambulatorial.

5%	Menos que 70% do volume contratado.	30% do orçamento destinado ao atendimento ambulatorial.
----	---	--

ANEXO TÉCNICO III

INDICADORES DA PARTE VARIÁVEL DO CONTRATO

Indicadores de Qualidade

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da Unidade. A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da Unidade.

Os Indicadores de Qualidade serão avaliados em regime trimestral e/ou ao final do Contrato.

Para atribuição do percentual referente aos indicadores abaixo discriminados será atribuído 25% quando do cumprimento da meta, e em caso de cumprimento parcial, será atribuído 0% ao indicador, sendo que cada indicador somente poderá ter dois valores, 0% ou 25%.

Metas e Indicadores

Para a vigência deste Contrato de Gestão estabelecem-se como indicadores determinantes do repasse da parte variável:

1. Autorização de Internação Hospitalar (25%)
2. Atenção ao Usuário (25%)
3. Acolhimento Com Classificação de Risco – ACCR (25%)
4. Taxa de Suspensão de Cirurgia Eletiva (25%)

1. Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) - A valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.

A meta a atingir é a apresentação da totalidade (100%) das AIH emitidas pelo gestor referentes às saídas em cada mês de competência do HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE TRINDADE WALDA FERREIRA DOS SANTOS – HUTRIN. Avalia a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar. O prazo para a entrega da informação é o dia 10 (dez) de cada mês, após a emissão de relatórios oficiais para o gestor. Os dados devem ser enviados em arquivos eletrônicos, contendo exclusivamente AIH do mês de competência, livres de crítica e de reapresentações.

2. Atenção ao Usuário – Resolução de queixas e pesquisa de satisfação - A valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.

A meta é a resolução de 80% das queixas recebidas e o envio do relatório consolidado da pesquisa de satisfação do usuário.

Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, **necessariamente com identificação do autor**, e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

A **pesquisa de satisfação do usuário** sobre o atendimento do hospital destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes. Em cada trimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados mensalmente em pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos nos ambulatórios dos hospitais, abrangendo **10% do total de pacientes em cada área de internação e 10% do total de pacientes atendidos** em consulta no ambulatório.

A pesquisa será feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica. Os modelos dos questionários deverão ser avaliados e aprovados pelo Órgão Fiscalizador/Secretaria de Estado da Saúde. Será fornecida uma planilha de consolidação para preenchimento das respostas obtidas, dividindo as avaliações em três grupos: o de pacientes internados, o de acompanhantes de pacientes internados e o de pacientes em atendimento ambulatorial. O envio das planilhas de **consolidação** dos três grupos até o dia 10 (dez) do mês imediatamente subsequente.

3. Acolhimento, Avaliação e Classificação de Risco – a valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e oferecer respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e pressupõe agilidade na assistência por nível de complexidade e não por ordem de chegada. As duas atividades, Acolhimento e Avaliação/Classificação de Risco, portanto, têm objetivos complementares, podendo coexistir ou funcionar em locais separados no Pronto Socorro. Os objetivos primários são avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto Socorro e reduzir o tempo para atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a gravidade. Os pacientes deverão ser encaminhados diretamente às especialidades conforme protocolo e deverá ser informado sobre o tempo de espera, receber ampla informação sobre o serviço aos usuários e oferecer informação a familiares.

A meta é a estruturação do serviço de Acolhimento, Avaliação e Classificação de Risco e a evidência para o cumprimento da meta é a apresentação de protocolos específicos do Pronto Socorro para o primeiro trimestre e envio de relatório de resultados de atendimento do AACR nos demais trimestres, até o dia 10 (dez) do mês subsequente.

4. Taxa de Suspensão de Cirurgia Eletiva - a valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.

A Taxa de Suspensão de Cirurgia Eletiva é um indicador selecionado que deverá refletir a ocorrência e principais causas para cancelamentos de cirurgias agendadas.

O indicador é avaliado mensalmente sendo o relatório final relativo ao cumprimento de metas estabelecidas para o hospital avaliado a cada trimestre. O relatório deverá apresentar as informações totalizadas do trimestre com a descrição e análise crítica das cirurgias canceladas.

Os dados que devem ser informados para estes indicadores incluem o número total de cirurgias suspensas e número total de agendadas em um determinado período.

A meta a ser atingida é o envio do relatório, nos quais constem a Taxa de Suspensão de Cirurgia Eletiva com a análise deste índice até o dia 10 do mês imediatamente subsequente.

ANEXO TÉCNICO IV DEMAIS DISPOSIÇÕES

I. O PARCEIRO PÚBLICO poderá realizar repasse de recursos ao PARCEIRO PRIVADO, a título de investimento, no início ou durante a execução do Contrato de Gestão, para ampliação, adaptação e reformas das estruturas físicas já existentes, de acordo com o cronograma estimado de obras, bem como a aquisição de equipamentos e bens móveis que se fazem necessários à prestação dos serviços públicos.

II. A remuneração dos membros da Diretoria do PARCEIRO PRIVADO não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo Estadual.

III. Nos termos do item II acima, O PARCEIRO PRIVADO deverá utilizar os valores de mercado privado da região de inserção, ratificados por meio de Pesquisa Salarial de Mercado Anual, que contemple ao menos 5 (cinco) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados.

IV. Na eventual rescisão de contrato trabalhista de empregado, ressalvadas as hipóteses de má gestão ou prática de irregularidade pela organização social, a responsabilidade pela mesma é do PARCEIRO PRIVADO, cabendo ao PARCEIRO PÚBLICO o ônus financeiro.

V. Ocorrendo a situação prevista no item IV acima, o PARCEIRO PRIVADO deverá apresentar ao PARCEIRO PÚBLICO o comprovante das despesas com as respectivas rescisões devidamente homologadas junto aos órgãos competentes, quando aplicável, e requerer o ressarcimento para a recomposição dos recursos destinados à assistência hospitalar.

VI. Na eventual rescisão deste Contrato de Gestão, os valores repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO ao PARCEIRO PRIVADO disponíveis em conta e não utilizados na prestação dos serviços de saúde serão devolvidos aos cofres públicos, com as devidas aplicações financeiras.

VII. Os valores relativos às reclamações trabalhistas e ações judiciais que surgirem após a rescisão do presente Contrato, sob qualquer forma das atividades descritas neste Instrumento, ressalvadas as hipóteses de má gestão ou prática de irregularidade pela organização social, será de responsabilidade do PARCEIRO PÚBLICO após a devolução pelo PARCEIRO PRIVADO do saldo líquido existente no fundo, devendo o PARCEIRO PÚBLICO dar total quitação ao PARCEIRO PRIVADO no ato dessa devolução.

VIII. Em caso de rescisão unilateral deste Contrato de Gestão por parte do PARCEIRO PÚBLICO, o PARCEIRO PÚBLICO deverá arcar com os custos de desmobilização e dispensa do pessoal contratado pelo PARCEIRO PRIVADO para a execução dos serviços pactuados, sem prejuízo de

eventual indenização que a ela couber, observado o disposto no artigo 6º-H da Lei Estadual nº 15.503/2005.

IX. Encerrado o prazo de vigência do presente Instrumento Contratual, e não cabendo mais sua prorrogação, proceder-se-á à sub-rogação dos direitos e deveres decorrentes dos contratos firmados pelo PARCEIRO PRIVADO, para execução do objeto deste Contrato de Gestão, à nova entidade escolhida pelo PARCEIRO PÚBLICO.

X. Observada a conveniência e oportunidade, após manifestação de órgãos técnicos da SES/GO, o Secretário de Estado da Saúde poderá editar Portarias para, de forma complementar, e observando o princípio da eficiência da Administração Pública e demais constantes no *caput* do art. 37 da Constituição Federal, normatizar a execução deste Contrato de Gestão.



Documento assinado eletronicamente por **ANA LIVIA SOARES TEIXEIRA BAHIA**, **Superintendente Interino (a)**, em 27/11/2018, às 17:57, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador 4922036 e o código CRC 61F13863.

SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E GERENCIAMENTO DAS
UNIDADES DE SAÚDE

RUA SC-1 299 - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - CEP 74860-270 - GOIANIA - GO - S/C



Referência: Processo nº 201800010045768



SEI 4922036