



Termo Aditivo nº 07/2013

7º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 006 /2009, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL VIVA COMUNIDADE, COM VISTAS À REGULAMENTAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 2.1 E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ROCINHA

Pelo presente instrumento, de um lado o Município de Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde, com sede nesta cidade na Rua Afonso Cavalcante, nº 455, Bloco 1, 7º andar, neste ato representado por seu Secretário Municipal de Saúde, HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade R.G: IFP nº 05461657-8, CPF nº 834202317/68.-, doravante denominada CONTRATANTE, e de outro lado a Organização Social Viva Comunidade inscrita no CNPJ sob o número 48560490001-00, com endereço à Rua do Russel, nº 76, Glória, Rio de Janeiro, CEP: 22.211-120, Rio de Janeiro/RJ e com estatuto arquivado no registro de títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas, neste ato representada pelo Presidente do Conselho de Administração, Sebastião Correa dos Santos, brasileiro, divorciado, portador da identidade do IFP-RJ 0462255-2, CPF nº 463.219.347-04, residente e domiciliado na cidade do Rio de Janeiro, doravante denominada CONTRATADA, realizada através do processo administrativo



nº09/004.992/2009, tendo em vista o que dispõe o Decreto-Lei nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Federal 8080 de 19 de setembro de 1990, o Decreto Municipal nº 30.780 de 2 de junho de 2009, que regulamenta a Lei Municipal nº 5026 de 19 de maio de 2009, bem como, o disposto no artigo 24, inciso XXIV, da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993, RESOLVEM celebrar o presente TERMO ADITIVO referente à execução da atividade de saúde na área de planejamento 2.1 e Unidade de Pronto Atendimento Rocinha.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 O presente TERMO ADITIVO tem por objeto formalizar:

- I - a prorrogação do contrato de gestão nº06/2009, correspondente à execução das atividades de saúde na Área de Planejamento 2.1 e da Unidade de Pronto Atendimento Rocinha, até o dia 31 de outubro de 2014, com o valor de R\$ 59.338.428,10, sendo R\$ 49.528.400,60 para a Área de Planejamento 2.1 e R\$ 9.810.027,50 da UPA Rocinha
- II – Alterar o Anexo Técnico II do Contrato de Gestão – Acompanhamento do Contrato, Avaliação e Metas para os Serviços de Saúde da Área de Planejamento 2.1
- III – Alterar o Anexo Técnico V do Contrato de Gestão – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas da Área de Planejamento 2.1
- IV – Criar o anexo I do Termo Aditivo - Acompanhamento do Contrato, Avaliação e Metas para os Serviços de Saúde para a Unidade de Pronto Atendimento Rocinha
- V – Criar o anexo II do Termo Aditivo – Cronograma de desembolso para a Unidade de Pronto Atendimento Rocinha
- VI – Criar o anexo técnico III do termo Aditivo – Declaração de fato Superveniente
- VI – Re-ratificar as cláusulas do contrato de gestão aditado

PARÁGRAFO ÚNICO

Este TERMO ADITIVO segue os preceitos descritos no art. 8º do Decreto 30.780/09:



I - especificação do programa de trabalho, estipulação das metas a serem atingidas e respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;

II - estipulação dos limites e critérios para a despesa com a remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais, no exercício de suas funções;

III – disponibilidade permanente de documentação para auditoria do Poder Público;

IV - atendimento à disposição do § 2.º do artigo 5.º da Lei Municipal n.º 5026, de 19 de maio de 2009;

V - vedação à cessão total ou parcial do contrato de gestão pela Organização Social;

VI - atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, no caso das Organizações Sociais da Saúde.

VII - o orçamento, o Cronograma Mensal de Desembolso e Metas Físicas e as fontes de receita para a sua execução;

VIII - vinculação dos repasses financeiros que forem realizados pelo Poder Público ao cumprimento das metas pactuadas no contrato de gestão;

IX - discriminação dos bens públicos cujo uso será permitido à Organização Social quando houver, conforme específico do contrato de gestão;

X – em caso de rescisão do contrato de gestão, do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação da entidade, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito do Município do Rio de Janeiro, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio do Município do Rio de Janeiro, na proporção dos recursos e bens por este alocados. Para o patrimoniam



bens, deve constar o número do CNES/Ministério da Saúde da referida unidade de saúde na placa do patrimônio ao qual está alocado o referido bem.

CLÁUSULA SEGUNDA - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

2.1 São da responsabilidade da CONTRATADA, além daquelas obrigações constantes das especificações técnicas contidas nos Anexos Técnicos do Contrato de Gestão, ficam fazendo parte integrante, as estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas legais federais, estaduais e municipais que regem a presente contratação, as seguintes:

2.1.1 Prestar os serviços de saúde que estão especificados nos Anexos Técnicos de acordo com o estabelecido neste termo aditivo e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente o disposto no Decreto-Lei nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990; a Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde;
- II - integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde existente no Município;
- III – gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a CONTRATADA por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;
- IV – apresentação dos dados para garantir a efetivação do ressarcimento nos termos da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998 e respectiva cobrança pela Secretaria Municipal de Saúde;
- V - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;



- VI - direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde; e garantia da guarda da informação;
- VII - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VIII – fomento dos meios para participação da comunidade, por intermédio de Conselhos Gestores Locais e demais fóruns de participação popular;
- IX – prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

2.1.2 Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a CONTRATADA deverá observar:

- I – Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;
- II – Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;
- III - Respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;
- IV – Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;
- V – Garantia do direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto religioso;
- VI - Esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos.
- VII – Garantia do SUS como campo de formação de graduandos e residentes vinculados a secretaria ou universidades sendo vedada a cobrança de qualquer quantia pela contratada para esta inserção.
- VIII – Inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual;
- IX - Atendimento, exclusivo, aos usuários do SUS, como determina o artigo 8º, VI, do Decreto Municipal nº 30.780/2009 considerando a obrigatoriedade do ressarcimento nos termos da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998.
- X – Responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;



2.2 Apoiar a integração territorial dos equipamentos de saúde da Área de Planejamento Local, visando à melhoria e maior eficiência na prestação dos serviços de saúde pública;

2.3 Estabelecer o controle e a apuração da frequência dos funcionários contratados pelas Organizações Sociais, detentoras de contratos de gestão celebrados com a Secretaria Municipal de Saúde - SMS, por meio de Registro Biométrico de Ponto e de acordo com o Decreto nº 33536 de 25 de março de 2011 da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

2.4 Efetivar contratação de serviços de prestação continuados como limpeza, segurança, concessionárias, conectividade; serviços de apoio diagnóstico de atenção primária como radiografia com laudo, ultrassonografia com laudo para apoio às equipes de Saúde da Família; prestação serviços de oftalmologia de atenção primária como, refração ocular e de retinografia digital; prestação de serviços de confecção de próteses dentárias, além da contratação de todo e qualquer serviço (que impacte positivamente no alcance dos indicadores e metas) viabilizados pela economicidade e eficiência financeira da gestão.

2.5 Prestar assistência em situações de surto ou emergência em Saúde Pública declaradas pela Secretaria Municipal de Saúde.

2.6 Apoiar e integrar o complexo regulador da Secretaria Municipal de Saúde.

2.7 Utilizar processo seletivo para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias.

2.8 Contratar serviços de terceiro para atividades acessórias e/ou específicas sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes.

2.9 Responsabilizar-se civil e criminalmente perante pacientes por eventual indenização de danos morais decorrentes de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência decorrentes de atos praticados por profissionais subordinados à



CONTRATADA e também por danos materiais e pelos decorrentes do serviço por ele prestado, inclusive perante terceiros.

2.10 Manter controle de riscos da atividade e seguro de responsabilidade civil nos casos que entender pertinentes.

2.11 Manter em seus quadros técnicos para a gestão, profissionais com a qualificação equivalente a mencionada no edital de Convocação Pública.

2.12 Não realizar propaganda para promover a marca da organização social com recurso do contrato;

2.13 Apoiar e promover a realização de pesquisas com pacientes, desde que haja aprovações prévias da Comissão de Ética e Pesquisa da Comissão de Ética e Pesquisa;

2.14 Administrar os bens móveis e imóveis, cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de cessão/permissão de uso que deverão definir as responsabilidades da CONTRATADA, até sua restituição ao Poder Público, bem como realizar adaptações/reformas com a anuência deste nas Unidades já existentes;

2.14.1 A permissão/cessão de uso, mencionada no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas na Lei nº. 5.026, de 19 de maio de 2009, e da Lei Orgânica do Município, devendo ser realizada mediante a formalização de termo específico, após detalhado inventário e identificação dos referidos bens, a ser realizado pela Superintendência de Patrimônio da Secretaria Municipal de Fazenda.

2.14.2 O termo especificará os bens e o seu estado de conservação e definirá as responsabilidades da CONTRATADA quanto à sua guarda e manutenção.

2.14.3 A instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão/cessão de uso, e as benfeitorias realizadas naqueles já existentes serão incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público.



2.14.4 Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela CONTRATADA em perfeitas condições;

2.14.5 Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste Termo Aditivo, serão automaticamente incorporados ao patrimônio da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, hipótese em que a CONTRATADA deverá entregar à SMS a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens;

2.15 Utilizar sistema informatizado para execução das atividades de gestão assistencial, administrativa e econômico-financeira, permitindo o acesso de profissionais previamente indicados pela CONTRATANTE;

2.15.1 O sistema utilizado pela CONTRATADA deverá permitir customizações que possibilitem sua integração com outros sistemas que a CONTRATANTE já utilize ou outros que venha a utilizar durante a vigência deste termo aditivo;

2.16 Alimentar o Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais (OSINFO), instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle dos Contratos de Gestão firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as Organizações Sociais para o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.709/13.

2.17 Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração, praticados no mercado da área de saúde, no pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza de dirigentes e empregados das Organizações Sociais;

2.18 Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de desqualificação e consequente extinção da Organização Social;

2.18.1 Na ocorrência do acima exposto, a CONTRATADA deverá transferir, integralmente, à CONTRATANTE, os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde, constantes deste Termo Aditivo.



2.19 Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da Instituição Executora, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando o Município de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes.

2.19.1 Uma vez constatada a existência de débitos previdenciários e trabalhistas, decorrentes da execução do presente Termo Aditivo pela CONTRATADA, que resulte no ajuizamento de reclamação trabalhista, com a inclusão do Município do Rio de Janeiro no pólo passivo como responsável subsidiário, o CONTRATANTE poderá reter, das parcelas vincendas, o correspondente a três vezes o montante dos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência.

2.19.2 A retenção prevista no item 2.19.1 será realizada na data do conhecimento pelo Município do Rio de Janeiro da existência da ação trabalhista ou da verificação da existência de débitos previdenciários.

2.19.3 A retenção somente será liberada com o trânsito em julgado da decisão de improcedência dos pedidos ou do efetivo pagamento do título executivo judicial ou do débito previdenciário pela Adjudicatária.

2.19.4 Em não ocorrendo nenhuma das hipóteses previstas no item anterior o CONTRATANTE efetuará o pagamento devido nas ações trabalhistas ou dos encargos previdenciários, com o valor retido, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à CONTRATADA.

2.19.5 Ocorrendo o término do contrato sem que tenha se dado a decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo administrativo após o trânsito em julgado e/ou o pagamento da condenação/divida



2.20. Abrir conta corrente bancária específica para movimentação dos recursos provenientes do presente Termo Aditivo, no Banco SANTANDER (Brasil) S.A., em conformidade com a Resolução SMF nº 2.754, de 17.01.2013 e manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do termo aditivo, além de disponibilizar extrato mensalmente à SMS.

2.21 Dispor de suficiente nível técnico-assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços que permitam o maior nível de qualidade nos serviços contratados conforme a especialidade e características da demanda.

2.22 Não estar sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu titular para firmar este TERMO ADITIVO com a SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE.

2.23 Comprometer-se a manter neste Termo Aditivo, profissionais com a qualificação mencionada no Edital de Convocação Pública.

2.24 Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como com todos os gastos e encargos com material (Decreto 28.937/08).

2.25 Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados.

2.27 Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para análise e consulta do Poder Público;

2.28 Produzir, guardar e fornecer quaisquer dados e informações solicitados pela CONTRATANTE, na forma e periodicidade por esta determinada;

2.29 Comprometer-se a guardar sigilo de todas as informações assistenciais ou de cunho administrativo relacionadas à execução do presente Termo Aditivo seja verbalmente ou por escrito, em forma eletrônica, textos, desenhos, projetos, fotografias, gráficos, plantas, planos, programas de computador ou qualquer outra forma, fornecendo-as a terceiros somente com a prévia autorização da CONTRATANTE ou sob sua demanda.



2.30 Não estar sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu representante legal para firmar este Termo Aditivo com a CONTRATANTE;

2.31 Apresentar a Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas comprovando a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, nos termos da Lei nº 12.440/11, que deverá ser atualizada antes do término do seu prazo de validade de 180 dias, conforme art. 55, XIII e 58, III da Lei 8.666/93.

2.32 Responsabilizar-se por todas as ações de desmobilização das unidades, objeto deste contrato, inclusive a transferência dos bens adquiridos à Organização Social que vier a assumir este contrato de gestão.

Parágrafo único – No término da vigência deste contrato será celebrado um Termo de Desmobilização entre a CONTRATADA e a nova Organização Social, com interveniência da CONTRATANTE, para pactuação das ações de transferência das unidades.

2.33 Cooperar integralmente com as demandas do grupo de transição, criado para esse fim, por meio da indicação de representantes e de disponibilização de quaisquer informações relacionadas à execução do contrato solicitadas pela CONTRATANTE no caso de rescisão contratual ou término de vigência.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

3.1 Para execução dos serviços objeto do presente Termo Aditivo, a CONTRATANTE obriga-se a:

3.1.1 Disponibilizar à CONTRATADA os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste Termo Aditivo e em seus anexos;

3.1.2 Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste Termo Aditivo, no Plano de Trabalho específico, fazendo o repasse mensal nos termos dos Anexos Técnicos V do Contrato de Gestão e Anexo Técnico II do Termo Aditivo.

3.1.2.1 Programar no orçamento do Município, para os exercícios subsequentes ao da assinatura do presente Termo Aditivo, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto contratual;



3.1.3 Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, nos termos da Lei nº 5.026, de 19 de maio de 2009 e da Lei Orgânica do Município, mediante termo de permissão de uso. Para a formalização do termo, a CONTRATANTE deverá inventariar, avaliar e identificar previamente os bens;

3.1.4 Analisar, anualmente, a capacidade e as condições da Organização Social para a continuidade da prestação dos serviços, com vistas à identificação do seu nível técnico-assistencial;

3.1.5 Acompanhar a execução do presente Termo Aditivo, através da Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA), com fulcro no estabelecido no presente Termo Aditivo e seus respectivos anexos.

CLÁUSULA QUARTA - DA AVALIAÇÃO

A Comissão de Avaliação a ser nomeada por resolução do Secretário Municipal de Saúde, em conformidade com o disposto no artigo 8º e respectivos parágrafos, da Lei nº. 5.026 de 19 de maio de 2009 procederá à avaliação trimestral do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pela Organização Social com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório conclusivo que deverá ser encaminhado em duas vias ao Secretário Municipal da Saúde, em meio digital.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A avaliação de que trata o "caput" desta cláusula restringir-se-á aos resultados obtidos na execução do Termo Aditivo, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, e seu confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A Comissão de Avaliação referida nesta cláusula deverá elaborar relatório trimestral ou a qualquer momento definido pela CTA, em duas vias, cujas cópias deverão ser encaminhadas para a SMS.

PARÁGRAFO TERCEIRO



O Termo Aditivo prevê a possibilidade do Poder Público requerer a apresentação, pela entidade qualificada, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do termo aditivo, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial do Município.

PARÁGRAFO QUARTO

No caso do não atingimento das metas pactuadas ou da verificação de qualquer desconformidade na execução do termo aditivo, a Comissão de Avaliação deverá encaminhar relatório ao Secretário Municipal de Saúde.

CLÁUSULA QUINTA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente termo aditivo será do dia 21 de dezembro de 2013 ao dia 31 de outubro de 2014, no caso de haver renovação, deverá haver comprovação prévia da consecução de, no mínimo, 80% (oitenta por cento) das metas físicas de número de Equipes de Saúde da Família e da variável 1 estabelecida para a CONTRATADA para o período de execução do presente termo aditivo, conforme anexo técnico V, no que se refere à Área de Planejamento 2.1 e de 80% dos indicadores da parte variável, no que se refere à Unidade de Pronto Atendimento Rocinha.

PARÁGRAFO ÚNICO

O prazo de vigência do Termo Aditivo não exige a CONTRATANTE da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subsequentes.

CLÁUSULA SEXTA - DO VALOR

O valor do presente Termo Aditivo é de R\$ 59.338.428,10, sendo R\$ 49.528.400,60 para a Área de Planejamento 2.1 e R\$ 9.810.027,50 da UPA Rocinha, cuja composição se encontra especificada na planilha que constitui os Anexos Técnicos V ao Contrato de Gestão e Anexo Técnico II do Termo Aditivo.



CLÁUSULA SÉTIMA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

Pela prestação dos serviços objeto deste Termo Aditivo especificados nos Anexos Técnicos, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA os valores definidos nos Anexos Técnicos V ao Contrato de Gestão e Anexo Técnico II do Termo Aditivo, à conta dos Programas de Trabalho 18.06.10.301.0330.2854 e 18.10.302.0426.2746, do código de despesa nº 33.50.39.02, do orçamento em vigor, tendo sido emitida nota de empenho nº 0406/2013, 0410/2013, 0411/2013, 0413/2013, 0407/2013, 0410/2013 e 0409/2013.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Os recursos transferidos pela CONTRATANTE à CONTRATADA serão mantidos por esta em conta especialmente aberta, conforme item 2.20 deste termo aditivo, para a execução do presente Termo Aditivo. Os respectivos saldos serão obrigatoriamente aplicados, conforme Decreto Municipal 33.010 de 3 de novembro de 2010.

PARÁGRAFO SEGUNDO

À Organização Social como Unidade do Sistema Único de Saúde deve solicitar o ressarcimento pelas operadoras ao Fundo Municipal de Saúde conta 295.845-9, FT 299 ANS-Ressarcimento, a qual alude a Lei 9656/98 de 03 de junho de 1998. Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelos planos e seguros.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Todos os recursos usados na execução do objeto do presente TERMO ADITIVO deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, através de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

PARÁGRAFO QUARTO

Os recursos financeiros necessários à execução do objeto do presente TERMO ADITIVO, poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder



Público, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, bem como, nos termos do artigo 29 do Regulamento Geral aprovado pelo Decreto nº 30.780 de 02.06.2009, contrair empréstimos junto a organismos nacionais e internacionais.

PARÁGRAFO QUINTO

A **CONTRATADA** deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela **CONTRATANTE** em conta corrente específica e exclusiva, de modo que não sejam confundidos com os recursos próprios da entidade qualificada como OS, contratada para a execução do presente TERMO ADITIVO. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO SEXTO

O saldo do termo aditivo, enquanto não utilizado, deverá ser aplicado conforme dispõe o Decreto 33.010 de 3/11/2010.

PARÁGRAFO SÉTIMO

Despesas administrativas ou custos operacionais serão aqueles gerados para a execução, fiscalização e supervisão do desenvolvimento do objeto contratual. O percentual máximo desse item será de cinco por cento sobre o total do valor do termo aditivo.

PARÁGRAFO OITAVO

É vedada a cobrança de qualquer taxa de administração.

PARÁGRAFO NONO

O montante de recursos previstos e repassados à contratada a título de provisionamento deverão ser depositados em conta específica, preferencialmente em conta de poupança, que só poderá ser movimentada com prévia autorização da Subsecretaria de Gestão da SMS/RJ, ficando vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamentos obrigatórios.



CLÁUSULA OITAVA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Os valores dos pagamentos, fixos e variáveis, o número de parcelas e as respectivas condições, estão definidos no CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO do Contrato de Gestão e no do Termo Aditivo, totalizando para o período da prorrogação o valor de R\$ 59.338.428,10, sendo R\$ 49.528.400,60 para a Área de Planejamento 2.1 e R\$ R\$ 9.810.027,50 da UPA Rocinha.

PARÁGRAFO ÚNICO

O pagamento será creditado em conta bancária da CONTRATADA cadastrada junto à Coordenação do Tesouro Municipal, conforme o disposto na Resolução SMF nº 2.754, de 17.01.2013, efetuados somente em c/c aberta no Banco SANTANDER, conforme contrato 103/2011-SMF de 07 de dezembro de 2011, decorrente da licitação – CEL SMF-PP-01/2011.

CLÁUSULA NONA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas das deve se dar por meio da alimentação o Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, www.osinfo.rio.rj.gov.br, instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle dos Contratos de Gestão firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde e as Organizações Sociais para o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.709/13.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Compõem as informações gerenciais que deverão ser alimentadas no Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, para fins de prestação de contas:

- Detalhamento de toda receita dos contratos, como repasses realizados, rendimentos de aplicação financeira e estornos.
- Detalhamento de todas despesas dos contratos de gestão, com apropriação por centro de custo, por tipo de despesa, por tipo de rubrica.



- Informação detalhada de todos os contratos de serviço e/ou consumo, assinado pela OS com terceiros durante todo o período de vigência do Contrato de Gestão.
- Informações detalhadas de todos os bens permanentes adquiridos com recursos do Contrato de gestão.
- Informações detalhadas de todo pessoal contratado pela OS para execução do objeto contratado, como nome, CPF, cargo, forma de contratação, carga horária, CNES, salário, benefícios, encargos patronais e provisionamento para férias, 13º salário e rescisões.
- Além de todos os documentos fiscais que comprovam a execução financeira como: nota fiscal, recibo, contratos assinados, extratos bancários de conta corrente e aplicação financeira, etc. Todos os documentos serão anexados em forma de imagem (PDF) ao sistema.
- Resultados alcançados para cada meta/indicador pactuados nos contratos de gestão assim como dados de produção atinentes ao objeto do contrato de gestão.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Os dados enviados pela Organização Social serão certificados pela representante legal da entidade.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O CONTRATO DE GESTÃO, bem como os seus anexos, poderão ser anualmente atualizados e revistos, mediante prévia justificativa por escrito que conterà a declaração de interesse de ambas as partes.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A alteração do CONTRATO DE GESTÃO, bem como dos anexos que o integram, deverá ser submetida à autorização do Secretário Municipal da Saúde.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Os anexos que compõem o CONTRATO DE GESTÃO, em razão de seu caráter transitório, são passíveis de adequação e atualização, a fim de contemplar novas diretrizes do Sistema Único de Saúde, vigentes nos novos períodos de contratualização, assegurando os direitos da CONTRATADA.



PARÁGRAFO TERCEIRO - À CONTRATANTE será permitida a alteração do CONTRATO DE GESTÃO para melhor adequação às finalidades de interesse público ou para adequação técnica do projeto aos seus objetivos, assegurados os direitos da CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - RESCISÃO

A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80, da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Verificada qualquer das hipóteses ensejadoras de rescisão contratual prevista no artigo 78, da Lei nº 8.666/93, o Poder Executivo providenciará a rescisão dos termos de uso dos bens públicos e a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da CONTRATADA, não cabendo à Organização Social direito a indenização sob qualquer forma, salvo na hipótese prevista no § 2º, do artigo 79, da Lei Federal nº 8.666/93.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A rescisão se dará por ato do titular da SMS, após manifestação da CTA e da Procuradoria Geral do Município.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATANTE, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da CONTRATADA, a SMS ressarcirá exclusivamente danos materiais, excluídos os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela Organização Social para a execução do objeto deste termo aditivo, que poderão ser abatidos do excedente financeiro de que trata o inciso XII do art 8º do Decreto 30780/09, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes.

PARÁGRAFO QUARTO



Em caso de rescisão amigável, a CONTRATADA fica obrigada a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, salvo dispensa da obrigação por parte da CONTRATANTE, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da renúncia do Contrato, devendo, no mesmo prazo, quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA - DAS PENALIDADES

A inobservância pela CONTRATADA de cláusula ou obrigação constante deste Termo Aditivo ou seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a CONTRATANTE, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 84, 86, 87 e 88 todos da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º, do artigo 7º, da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

- I) Advertência;
- II) Multa de mora de 1% (um por cento) por dia útil sobre o valor do contrato, até o período máximo de 30 (trinta) dias úteis;
- III) Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato, após esgotado o prazo fixado no subitem anterior;
- IV) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- V) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.
- VI) Perda de qualificação como Organização Social no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas que o tenham norteadado, e dela será notificada a CONTRATADA.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As sanções previstas nos itens I, IV, V e VI desta cláusula poderão ser aplicadas conjuntamente com os itens "II" e "III".



PARÁGRAFO TERCEIRO

O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado das transferências de recursos referentes aos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

PARÁGRAFO QUARTO

Da data de publicação da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para interpor recurso, dirigido ao Secretário Municipal da Saúde.

PARÁGRAFO QUINTO

O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantido o direito de defesa.

PARÁGRAFO SEXTO

A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral pelos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA - DISPOSIÇÕES FINAIS

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Fica expressamente vedada a cobrança por serviços de saúde ou outros complementares da assistência devida ao paciente.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Fica vedada a cessão total ou parcial do objeto deste Termo Aditivo pela **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO TERCEIRO



Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela CONTRATANTE sobre a execução do presente Termo Aditivo, a CONTRATADA reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS – Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de TERMO ADITIVO, ou de notificação dirigida à CONTRATADA.

PARÁGRAFO QUARTO

A CONTRATADA poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário Municipal da Saúde e ao Prefeito Municipal, propor a devolução de bens ao Poder Público Municipal, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

PARÁGRAFO QUINTO

Em caso de reversão dos bens ao patrimônio do Município, os mesmos deverão ser submetidos à avaliação da Superintendência de Patrimônio da Secretaria Municipal de Fazenda.

PARÁGRAFO SEXTO

O Município providenciará a remessa de cópias do presente TERMO ADITIVO à Câmara Municipal dos Vereadores do Rio de Janeiro e ao órgão de controle interno do Município, no prazo de 5 (cinco) dias, contados de sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, no prazo de 10 (dez) dias contados da publicação de seu extrato, respectivamente.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA - DA PUBLICAÇÃO

Até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, deverá ser providenciada a publicação do presente instrumento, em extrato, no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, à conta do Município.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUINTA - DO FORO



Fica eleito o Foro Central da Capital do Estado do Rio de Janeiro, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste TERMO ADITIVO, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

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

Rio de Janeiro, 02 de dezembro de 2013.

HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN
Secretário Municipal de Saúde

SEBASTIÃO CORREA DOS SANTOS
Viva Comunidade

Testemunhas:

1)

Nome:
R.G

LUCIANA MIRANDA CUNHA
Assessora
S/GAB/SMS
Mat. 60/251.721-7

2)

Nome:
R.G

FLÁVIO CARNEIRO GUEDES ALCOFORADO
Subsecretário
Subsecretaria de Gestão - SMS
Mat. 60/259.094-1



ANEXO TÉCNICO II DO CONTRATO DE GESTÃO: ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS	
B.1.1. Responsabilidade no Acompanhamento	
B.1.2. Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA)	
B.1.3. Composição	
B.1.4. Funções	
B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO	
B.2.1. Aspectos Básicos Organizacionais	
B.2.2. Boa Prática Clínica	
B.2.3. Atenção ao Usuário	
B.2.4. Articulação com Outros Níveis Assistenciais – Referência e contrarreferência	
B.2.5. Implementação de atividades de promoção da saúde e prevenção de Doenças	
B.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIÁVEL - INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS – 2013/2014	
B.3.1. Aspectos gerais	
B.3.2. Parte variável 01 - incentivo institucional à gestão do TEIAS	
B.3.3. Parte variável 02 - incentivo à qualificação das unidades de saúde	
B.3.3.1. Parâmetros de valores de metas para 1º ano de contrato – parte variável 02	
B.3.3.2. Contratualização dos Incentivos Financeiros com os Profissionais – parte variável 02	
B.3.3.3. Monitoramento dos Indicadores (parte variável 02)	
B.3.3.4. Orientações para Pagamento por Performance quanto a Satisfação do Usuário	
B.3.4. Parte variável 03 - incentivo à gestão da clínica	
B.3.4.1. Contratualização dos Incentivos Financeiros com os Profissionais – parte variável 03	
B.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	
B.4.1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) – Requisitos Mínimos	
B.4.2. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	
B.4.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial	
B.4.4. SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica	
B.4.5. SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal	

[Handwritten signatures and initials]



B.4.6. SISCOLO - Sistema de Informação sobre Rastreamento de Citopatológico do Colo Uterino	
B.4.7. HIPERDIA - Sistema de Cadastramento do Hipertenso e do Diabético	
B.4.8. SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação	
B.4.9. SI-PNI/API - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações	



B.1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

Este contrato de gestão tem como principal objetivo induzir a melhora do desempenho das unidades funcionais, através da atribuição de incentivos financeiros e da criação de instrumentos de monitorização, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poder alcançar maiores ganhos em saúde.

O acompanhamento dos contratos não é uma finalidade em si mesmo. Pode-se considerar como parte do processo de direção do contrato que inclui a identificação e avaliação de problemas, discussão e negociação com as Organizações Sociais e a tomada de decisões sobre as ações que precisam ser implementadas. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS, através da CTA conta com os instrumentos para o monitoramento e avaliação e realizará o acompanhamento dos contratos através do painel de gestão OSINFO, juntamente com representantes da Subsecretaria responsável pelas ações e serviços de saúde.

B.1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

A SMS/RJ como entidade CONTRATANTE é responsável de que se levem a cabo as ações que derivam do processo de acompanhamento visando à qualidade e otimização dos recursos e a correção de possíveis desvios. É atribuição da Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) articular e efetivar o processo de acompanhamento e avaliação e garantir a melhor utilização dos recursos disponíveis no cronograma de desembolso não permitindo que estes valores ultrapassem o teto previsto.

B.1.2. COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) realizará o seguimento e a avaliação do funcionamento dos serviços de saúde contratados de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente acordados com a Organização Social. O pagamento da parte fixa do contrato está condicionado a implantação das equipes previstas no cronograma de desembolso, bem como o cadastro de população acima de 3.000 pessoas por equipe na média entre as equipes. A coordenação das reuniões da CTA caberá ao Coordenador da área de planejamento e seu respectivo coordenador de gestão administrativa.

Sempre que necessário, outras pessoas poderão ser convidados para participar das reuniões de acompanhamento.

B.1.3. COMPOSIÇÃO



A CTA é constituída, no mínimo de 9 membros, sendo 6 titulares e 3 suplentes, conforme detalhado abaixo:

- 1 titular da S/SMS/SUBPAV;
- 1 titular da S/SMS/SUBPAV/SAP;
- 1 titular da S/SMS/SUBG;
- 1 titular da S/SMS/SUBGER
- 2 titulares da S/SMS/SUBPAV/CAP;
- 1 suplente da S/SMS/SUBG;
- 1 suplente da S/SMS/SUBPAV;
- 1 suplente da S/SMS/SUBPAV/CAP

B.1.4. FUNÇÕES

As funções da comissão serão:

- Realizar reuniões periódicas, segundo calendário elaborado de forma consensual pelos membros que a compõem;
- Sempre que solicitado pelo SMS ou pela contratada, realizar reuniões extraordinárias;
- Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da CTA e participantes presentes;
- Avaliação dos indicadores de acompanhamento e avaliação pactuados e informação em geral sobre o funcionamento dos serviços, assim como, dos aspectos econômico-financeiros da atuação da instituição parceira, analisando os desvios ocorridos em relação ao orçamento estabelecido no Contrato de Gestão;
- Análises das causas que originaram desvios e ocorrências no funcionamento dos serviços;
- Análise da rotatividade dos profissionais de saúde;
- Observação direta e discussões com a entidade provedora sobre o funcionamento dos serviços;
- Estabelecer acordos e a implementação de medidas corretivas, quando necessárias;
- Analisar preliminarmente propostas de implantação de novos serviços;
- Elaborar relatórios à SMS/RJ e ao Conselho Distrital sobre os dados analisados.
- Na liberação da parte fixa e a prestação mensal, excepcionalmente deverão ter no mínimo 3 assinaturas.
- Somente pode ser liberada a parte fixa mediante a apresentação do cadastro do CNES das equipes previstas nas metas físicas do contrato, em caso de implantação de novas equipes aceitasse a carência de 3 meses a partir do início apontado em cronograma.
- Para a liberação da parte variável é necessária a avaliação dos indicadores apresentados no sistema OSINFO.



- No caso de recomendação para o cancelamento do contrato ou renovação é necessário a assinatura de todos os membros da CTA.

B.2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

B.2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá à Organização Social detalhar os seguintes aspectos:

- Mecanismos de informação e comunicação à população sobre os serviços que ofertam mediante a implementação e disponibilização de sistema de informação gerencial com acesso pela internet, utilizando padrões estabelecidos pela SMS-Rio de Janeiro;
- Meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
- Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
- Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
- Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
- Referência e contra-referência dos usuários a outros serviços ou outros níveis assistenciais, assim como os registros que se utilizarão.

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde, Plano Municipal de Saúde e Fundamentos da Atenção Básica (Política Nacional de Atenção Básica – PNAB(2011) – Ministério da Saúde).

B.2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apóiam a boa prática clínica são:

- O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;
- Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros no âmbito territorial; Orientações estabelecidas pela SMS/RJ;
- As três práticas não são excludentes, e sim complementares e sua operatividade dependerá do que se determine em cada caso. Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que possam ser objeto de avaliação por parte da CTA são:
- Utilização do prontuário clínico;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente da SMS-Rio de Janeiro e a PNAB(2011) / Ministério da Saúde;
- Consenso sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais presentes na rede básica;



- Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência, se procede, das urgências em atenção primária;
- Dispositivos que possibilitem a desmedicalização, tais como o desenvolvimento de um plano para atividades de grupo, atividades físicas, dentre outros;
- Perfil de prescrição farmacêutica;
- Cada organização social deve ter seu centro de estudo próprio e é vedada a cobrança de qualquer valor para a instituição de ensino.

B.2.3. ATENÇÃO AO USUÁRIO

Esses critérios, de forma genérica, serão utilizados para avaliar a atenção ao usuário:

- Grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- Boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
- Incentivo a autonomia dos usuários;
- Tratamento individualizado e personalizado;
- Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde, através de pesquisas de satisfação, sendo estas, sempre que a população ultrapasse um número recomendado pelas Ciências Estatísticas, de caráter amostral.
- Vigilância em saúde dos principais agravos, já previstos por acompanhamento dos agentes pelas fichas B do SIAB.

B.2.4. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará uma continuidade em todo o processo de modo que este seja reconhecido como tal pelo próprio usuário. Esta articulação se dará de acordo com critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:

- Consenso clínico sobre as patologias e os processos que possam ser solucionados nos serviços da rede básica;
- Utilização pelos profissionais de saúde das referências e contrareferências estabelecidas;
- Acordos entre os profissionais sobre a informação clínica necessária, tanto desde a rede básica até a atenção especializada como de maneira recíproca, para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico;



- Suporte e rotinas administrativas adequadas que evitem os deslocamentos desnecessários dos pacientes referenciados ao nível hospitalar ou a outras unidades da rede.
- Integração com outros setores no sentido de atuar nos condicionantes / determinantes do processo de saúde-doença.

B.2.5. IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.

As atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças serão definidas em consonância com a necessidade do território.

B.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIÁVEL - INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS

Nos últimos anos observa-se interesse crescente sobre pagamento por desempenho (*pay-for-performance* (P4P) ou "*value based purchasing*"), principalmente no Saúde da Família, e nos sistemas universais como o SUS. Esta proposta tem por objetivo acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. A má qualidade quase sempre aumenta os custos através da ineficiência, prolongamento da necessidade de cuidados, de tratamentos e cirurgias complementares.

Os programas de pagamento por desempenho visam a melhoria da qualidade, premiando a excelência ao mesmo tempo que promove o aumento do acesso aos serviços de saúde.

A experiência portuguesa (Missão da Reforma de Cuidados Primários, 2002) tem permitido tirar conclusões positivas na aplicação desta estratégia, tendo-se verificado uma melhoria dos resultados no que se refere aos indicadores contratualizados, servindo de base conceitual para a metodologia de pagamento variável apresentada neste contrato de gestão.

B.3.1. Aspectos gerais

O quadro de indicadores deverá ser apresentado à CAP e à CTA através de relatórios emitidos diretamente do prontuário eletrônico, cujo layout do quadro síntese poderá vir a ser solicitado pela SMS ou pela CTA.

Todos os indicadores deverão ser gerados a partir do registro das informações no prontuário eletrônico. Por exemplo, para comprovar que uma pessoa está com calendário vacinal atualizado, não basta perguntar ao profissional se o calendário está atualizado, mas sim, a partir dos registros no prontuário eletrônico, de acordo com o calendário vacinal adotado pelo município, o sistema deve interpretar se o calendário vacinal está atualizado ou não.



O sistema (Prontuário Eletrônico do Paciente ou PEP) deve disponibilizar pelo e-mail cadastrado no CNES, mensalmente relatórios gerenciais para todos os profissionais, de forma que os mesmos possam visualizar os indicadores de sua equipe e compará-los com indicadores de qualquer outra equipe no município que utilize o mesmo prontuário. Esses indicadores da equipe deverão ser enviados de forma automatizada por email pelo PEP para cada profissional de saúde ao final do mês. Somente deverá ser considerado implantado o PEP naquelas equipes em que estiver gerando os indicadores e enviando-os por e-mail cadastrado no CNES mensalmente aos profissionais e formato eletrônico para inserção de qualquer dado oficial sem dupla ou redigitação.

A qualquer momento a CAP, a CTA ou a SMS poderão solicitar a memória de cálculo que levou a gerar os indicadores e a realizar uma auditoria clínica para validar os resultados encontrados.

A parte variável do contrato de gestão está dividida em três partes:

- Parte variável 01 – incentivo institucional à gestão do TEIAS;
- Parte variável 02 - incentivo Institucional à unidade de saúde .
- Parte variável 03 - incentivo à equipe de saúde da família e saúde bucal

B.3.2. Parte variável 01 - incentivo institucional à gestão do TEIAS;

A Parte Variável 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do contrato de gestão não cabendo a SMS interferir nesta aplicação desde que pertinente ao objeto do contrato.

A **CONTRATANTE** solicitará à **CONTRATADA** a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

A **CONTRATADA** para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01, com periodicidade trimestral, que corresponde a até 2% do valor total conforme cronograma de desembolso (excluindo-se o item de adaptação de unidades) deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMS/RJ, definidos no QUADRO de indicadores da parte variável 01.

O valor está condicionado ao cumprimento do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre.



Caso a OSS cumpra a totalidade das metas a parte variável 01 deverá ser considerada na rubrica "Apoio a gestão do TEIAS – OSS" devendo a OSS apresentar à CAP plano de aplicação deste valor.

A parte variável 01 é composta por 20 indicadores e pode ser dividida em três faixas de recursos orçamentários:

(i) cumprimento de 80 a 100% ou seja ao menos 16 metas alcançadas implica em destinação do total de até 2% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS,

(ii) cumprimento de 60 a 79% das metas implica em destinação do total de até 1% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS. OS 2% restantes deverão ser executados mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica "adaptação de unidades de atenção primária".

(iii) cumprimento de menos de 12 metas (60%) implica em destinação do total do recurso, mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica "adaptação de unidades de atenção primária".

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA, que é parte integrante da SMS/RJ. Esta se reunirá periodicamente e analisará os documentos entregues pela **CONTRATADA**, já mencionados anteriormente.



Quadro de indicadores da **Parte variável 01** - incentivo institucional à gestão do TEIAS.

Indicador	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade da avaliação	Meta	Observação
01	Manutenção de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários mantidas	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) N° de unidades com comissões com atividade mensal (D) N° de unidades com equipes de Saúde da Família</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (A partir do 7º mês de funcionamento da unidade)	100%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade se existe comissão de prontuário, a periodicidade das reuniões e a data das reuniões. Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 1 reunião mensal.
02	Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) N° de profissionais das equipes de SF e SB cadastrados no prontuário com correspondência ao SCNES (D) N° de profissionais das ESF e ESB cadastrados no prontuário</p>	Prontuário Eletrônico (PEP) + arquivo exportação do CNES	Trimestral	100%	Este indicador visa medir a percentagem de profissionais que estão atuando nas ESF e ESB e devidamente atualizados no SCNES. Para o numerador deve-se considerar correspondência de CNES e de código de equipe para os profissionais. Mensalmente as empresas de prontuário devem atualizar toda a base do SCNES enviada ao DATASUS (N). Deve-se comparar a proporção de profissionais cadastrados no PEP com aqueles devidamente registrados no CNES.
03	Percentual de Funcionamento do Prontuário	Percentual de horas em que o prontuário esteve sem funcionamento no período	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Soma do n° de horas em que o prontuário ficou sem funcionamento em cada uma das unidades no período (D) No de unidades com prontuário eletrônico X no de meses de análise</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Máx 6 horas	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade a quantidade de horas que o prontuário deixou de funcionar plenamente (sem acesso ou velocidade insatisfatória). Para o denominador multiplicar o n° de unidades pelo no de meses de análise.
04	Abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) N° de declarações de abastecimento adequado (D) n° de unidades recebendo apoio a gestão</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se o abastecimento dos insumos e equipamentos de atribuição da OSS (excluem-se os medicamentos) está regular em percentagem de itens padronizados. (Considera-se regular o abastecimento 95% dos itens no trimestre)
05	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	Proporção de unidades que realizam o fornecimento.	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) N° de unidades que realizam o fornecimento registrados pelo prontuário (D) N° total de unidades na área (***)</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	80%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento controlado distribuídos por unidade. Considera-se que a unidade dispensa medicamento controlado se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.
06	Regularidade no envio da produção (BPA, SIAB e OSINFO)	Proporção de unidades que informaram em dia.	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) N° de unidades com comprovação de envio pelo prontuário (D) X100</p>	Protocolo de envio pelo Prontuário	Trimestral	100%	O calendário de envio para o SIAB e para o SIA é até 2º dia útil de cada mês. O Painel OS INFO deve ser informado conforme regulamentação

			(D) Nº total de unidades na área	Eletrônico (PEP)			da CCGOS. O prontuário deve gerar relação das unidades com a data e a competência de envio nos 3 meses em análise.
07	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SIAB e SIA aos profissionais das equipes	Proporção de profissionais da ESF e ESB que receberam mensalmente por email pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua unidade, SIA e SIAB	(N) Nº de profissionais das ESF e ESB que receberam mensalmente por email pelo PEP o envio do resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SIA e SIAB de sua unidade $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ (D) Nº total de profissionais de ESF e ESB na área	Protocolo de envio de email pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	Todos os profissionais das equipes devem receber mensalmente por email, automaticamente a partir do prontuário o resultado dos indicadores de desempenho, SIA e SIAB. O prontuário deve gerar uma relação de todos os profissionais de saúde por unidade e por equipe com a data de envio automático dos indicadores por email, o email de cada um deles e o cargo dos mesmos.
08	Porcentagem de equipes de saúde da família completas	Proporção de equipes de saúde da família completa	(N) Nº de equipes completas cadastradas no CNES $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ (D) Número de equipes implantadas	CNES base municipal	Mensal	95 %	Pretende-se avaliar o número de equipes completas com 40h médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e 6 agentes comunitários. No momento da contratação a OSS deve imediatamente enviar a ficha de cadastro do SCNES proporcionando a atualização da base. A base das CAP podem ser enviadas para o nível central sempre que houver alteração. Em até 1 dia útil a base municipal será atualizada.
09	Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos	Proporção de gasto administrativo em relação ao total do gasto	(N) Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ (D) Valor total gasto no trimestre	Prestação de contas	Trimestral	7%	Avaliação da eficiência da gestão
10	Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde do MS ou da SMS	Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS em saúde ou SMS	(N) Totais itens comprados abaixo da média $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ (D) Total de itens adquiridos	Prestação de contas	Trimestral	100%	Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto Apresentação da curva ABC
11	Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados.	(N) Nº de declarações dos gerentes de materiais de qualidade e serviços prestados de qualidade. $\frac{\text{---}}{\text{---}} \times 100$ (D) nº de unidades recebendo apoio a gestão	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se os itens de consumo recebidos e serviços prestados são considerados de qualidade. (O gerente deve dar a declaração caso considere mais de 90% dos itens e serviços prestados adequados).
12	Valor médio de medicamentos prescritos por usuário	Valor médio de medicamentos prescritos por usuário	(N) Somatório do valor das prescrições médicas das ESF nos últimos 3 meses (REMUME e não REMUME) $\frac{\text{---}}{\text{---}}$ (D) Nº total de usuários atendidos pelos médicos	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês da clínica)	Máx R\$ 51,78	Para que o indicador seja corretamente avaliado, os profissionais DEVEM SEMPRE utilizar o prontuário eletrônico para prescrição de medicamentos, mesmo os não REMUME.





			das ESF nos últimos 3 meses				
13	Valor médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia prescritos por usuário	Valor médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário	<p>(N) Somatório do valor dos exames de SADT solicitados por médicos das ESF (fonte valores tabela SIGTAP)</p> <p>(D) Nº total de usuários atendidos pelos médicos das ESF nos últimos 3 meses</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês da clínica)	Máx R\$ 41,80	Para que o indicador seja corretamente avaliado, os profissionais DEVEM SEMPRE utilizar o prontuário eletrônico para solicitação de exames.
14	Proporção de abandono de Tuberculose	Proporção de pacientes encerrados como abandono de Tuberculose no período	<p>(N) Nº pacientes com Tuberculose encerrados como abandono na área no período em análise _____ X100</p> <p>(D) Nº total de pacientes com Tuberculose encerrados na área no período em análise</p>	SINAN	Trimestral	Máx. 10%	RIPSA Proporção de pacientes encerrados na área do contrato
15	Acompanhamento de Sífilis na Gestação	Proporção de Notificações de Sífilis na Gestação com tratamento adequado	<p>(N) Nº de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestação com tratamento adequado no ano _____ X100</p> <p>(D) Nº de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestação no ano</p>	SINAN	Trimestral	100%	<p>a) Considera-se tratamento ADEQUADO: 1) prescrição adequada para o tipo de sífilis (primária, secundária, latente); E 2) Tratamento do parceiro; E 3) Tratamento realizado antes de 30 dias da data do parto;</p> <p>b) Para atingir o indicador deve-se fazer o diagnóstico precocemente (importância do teste rápido) e tratar o parceiro;</p> <p>c) Considera-se também casos de gestantes residentes na área das equipes notificadas na maternidade. Para isso, havendo inconsistências nessas notificações é possível a correção na base do SINAN, desde que a equipe fique atenta e comprove que o tratamento foi adequado;</p>
16	Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas	Proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal registradas no PEP	<p>(N) Nº de mulheres que encerraram o pré-natal com 6 ou mais consultas (médico e/ou enfermeiro) na área no período em análise _____ X100</p> <p>(D) Nº total de mulheres que encerraram o pré-natal na área no período em análise</p>	PEP e SINASC	Trimestral	80%	<p>*Considerar todos os registros de consultas de pré-natal do médico e/ou do enfermeiro.</p> <p>*O número de consultas registrado no prontuário deve ser igual ao registrado no SINASC. Havendo divergência deve-se informar a S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPM para que haja correção no banco do SINASC.</p>
17	Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF ou DNV)	Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF ou DNV) em relação ao total de cadastros	<p>(N) Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF ou DNV _____ X100</p> <p>(D) Nº total de pessoas cadastradas no PEP</p>	PEP	Trimestral	80%	<p>*DNV – é o número da Declaração de Nascido Vivo.</p> <p>*Considerar total de cadastros ficha A.</p> <p>*Na própria unidade de saúde é possível pela internet realizar o registro de CPF para os pacientes no site da receita federal.</p>
18	Rotatividade de	Rotatividade	(N)	CNES	Trimestral	Máx 15%	* forma clássica de cálculo do



	profissionais nas equipes	(turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família	(Nº de profissionais substituídos + Nº de profissionais admitidos)/2 (D) Nº total de profissionais ativos no período				turnover número de demissões mais número de admissões/2 dividido pelo número de funcionários ativos * consideram-se apenas os profissionais da equipe mínima de ESF e ESB * para substituição consideram-se demissões, transferências, substituições por licença
19	Proporção de pessoas beneficiárias do Bolsa Família e Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	Número de pessoas beneficiárias com condicionalidade acompanhadas no período pelo total de beneficiários com condicionalidade	(N) Nº de beneficiários com condicionalidades para o BF e/ou CFC acompanhados (D) Nº total de beneficiários com condicionalidade para o BF e/ou CFC	PEP ou Portal BF/SUBPAV	Trimestral	100%	* A relação de beneficiários é atualizada a cada 6 meses e é enviada pela S/SUBPAV/SAP. * para o cálculo, considera-se essa relação de beneficiários enviada. Não são permitidas novas inclusões ou exclusões a partir das equipes.
20	Percentual de despesas pagas no vencimento	Somatório das despesas pagas no vencimento pelo total de despesas no período	(N) Valor de despesas pagas no vencimento (D) Valor total de despesas no período	OSINFO	Trimestral	80%	Verificar notas e despesas em aberto do período, garantir que não haverá déficit não apresentado.

Estes indicadores deverão ser disponibilizados através de um painel em um Sistema de Informação on line pela OSS a S/SUBPAV.

No decorrer do Plano de Trabalho, caso algum Sistema de Informação oficial do Ministério da Saúde ou da SMS – Rio de Janeiro, venha a ser alterado, o mesmo deverá acontecer em relação as "Fontes" descritas para cada indicador, tendo a OSS que proceder a mudança no mês seguinte a esta alteração.

No caso de surto ou situação de emergência em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para acompanhamento.

Ao final de 12 meses de acompanhamento, a SMS – Rio de Janeiro juntamente com a OSS deverá rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

B.3.3. Parte variável 02

O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada unidade de atenção primária destinará um valor trimestral pré-estabelecido segundo o número de equipes, a ser aplicado na própria unidade de atenção primária. O valor é de 3.000/trimestre por equipe de saúde da família.



Exemplos: uma unidade que tenha três equipes de saúde da família, receberá $3 \times 3.000 = 9.000$ /trimestre; uma unidade de atenção primária que tenha oito equipes de saúde da família, receberá, $8 \times 3.000 = 24.000$ /trimestre. Caso uma das equipes não obtenha o cumprimento das metas na variável 2, nenhuma equipe da unidade receberá o valor.

A não apresentação dos indicadores estabelecidos para o trimestre (conforme caixa a seguir) ou o não cumprimento das metas acordadas acarretará na sua destinação à rubrica "adaptação de unidades de atenção primária", devendo ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento.

A matriz de indicadores a ser utilizada na contratualização da parte variável 02 é constituída por 18 indicadores agrupados em quatro grandes áreas: **acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho econômico**, conforme Quadro a seguir.

Quadro de indicadores da **Parte variável 02** - incentivo à qualificação das unidades de saúde

A) Acesso

- A1. Percentagem de consultas realizadas pelo seu próprio médico de família
- A2. Percentagem demanda espontânea (acolhimento da demanda não programada ou encaminhadas por outras unidades) em relação a programada (médicos, enfermeiros e dentistas)
- A3. Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos
- A4. Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos
- A5. Taxa de itens da carteira de serviço implementados
- A6. Percentagem de consultas agendadas por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico

D) Desempenho Assistencial

- D1. Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos
- D2. Percentagem de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos doze meses, desde que abranjam dois semestres
- D3. Percentagem de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos seis meses
- D4. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 2 anos
- D5. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 6 anos
- D6. Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
- D7. Percentagem de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 28 dias
- D8. Proporção de altas, no tratamento odontológico, dos usuários com tratamento iniciado (acumulativo para os últimos 12 meses)
- D9. Proporção de kits de saúde bucal (kits familiares) distribuídos para famílias com vulnerabilidade social

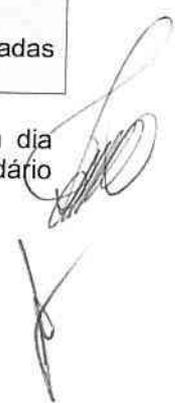
S) Satisfação dos Pacientes

- S1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos (questionário padronizado pela SMS)

E) Eficiência

- E1. Custo médio de medicamentos prescritos por usuário
- E2. Custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário,
- E3. Percentagem de medicamentos prescritos da REMUME
- E4. Percentagem de pacientes encaminhados
- E5. Percentagem de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendadas pelo SISREG

Para o item "D4. Percentagem de crianças com calendário vacinal em dia (atualizado) aos 2 anos" e "D5. Percentagem de crianças com calendário

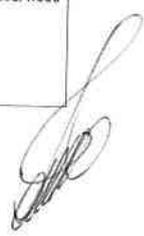


vacinal em dia (atualizado) aos 6 anos” a atualização cadastral deve ser interpretada de acordo com os registros de resultados de vacinação dos pacientes no PEP. Não será permitida interpretação binária (sim ou não) dos profissionais quanto à atualização vacinal. Ou seja, uma vez constando que a pessoa está com calendário vacinal atualizado, ou em dia, todos os registros de vacinas com base no calendário vacinal oficial do Município devem estar registradas para aquele paciente.

B.3.3.1. QUADRO DE PARÂMETROS DE VALORES DE METAS 1º ANO DE CONTRATO (parte variável 02).

A seguir estão descritos os valores de parâmetro para as metas dos indicadores da parte variável 02.

	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta*	Observação
A1	Acesso	Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) N° de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe (D) N° de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	70% a 90%	
A2	Acesso	Percentagem de demanda espontânea em relação à programada	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) N° consultas realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe (D) N° total de consultas realizadas (médicos, enfermeiros e dentistas) pela equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	minimo 40%	Considera-se demanda espontânea aquela consulta que é realizada no mesmo dia, sem agendamento prévio. Não estão contemplados atendimentos coletivos, grupos ou outras atividades que não consultas.
A3	Acesso	Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos	$\frac{(N)}{(D)} \times 1.000$ <p>(N) N° de visitas domiciliares realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, tecn enf, ACS, CDs, ASB, TSB) (D) nº de cadastrados na área da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 230 /1.000 (sem SB) ou 260 /1.000 (com SB)	Contar todas as VDs para: Médicos, enfermeiros, ACS, técnicos de enfermagem, CDs, ASBs e TSBs. Considerar para 3 meses: 230/1.000 sem SB e 260/1.000 com SB





A4	Acesso	Taxa de grupos educacionais por 1.000 inscritos	$\frac{(N)}{(D)} \times 1.000$ <p>(N) Nº de atividades educativas realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, tecn enf, ACS, CDs, ASB, TSB)</p> <p>(D) Total de cadastrados na área da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 6 /1.000 (sem SB) ou 12 /1.000 (com SB)	Contar todas as atividades em grupos de: Médicos, enfermeiros, Tec. De Enfermagem, CDs, ASB e TSB. Considerar para 3 meses : 6/1.000 sem SB e 12/1.000 com SB
A5	Acesso	Taxa de itens da Carteira de Serviços realizados no período	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de ações da carteira de serviços executadas pela equipe de SF e SB no período de análise</p> <p>(D) Total de ações da carteira de serviços</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	<p>*O prontuário deve gerar automaticamente a informação a partir do registro de atividades das equipes para a maior parte dos itens da carteira de serviço.</p> <p>*O arquivo de exportação para a avaliação da realização dos itens da carteira de serviços deve ser enviado a S/SUBPAV/SAP mensalmente seguindo o dicionário de dados informado em ofício circular, contendo número de ações realizadas no período por equipe.</p> <p>* Os itens considerados no período são:</p> <p>a)teste do pezinho; b)vacina; c) curativo; d)nebulização; e)sutura; f)inserção de DIU; g)preventivo; h) remoção de cerume; i) remoção de unha; j)drenagem de abscesso; Dispensação de(k,l,m,n); k) insulina; l) controlados; m)medicamento para asma; n)med. Tuberculose; o)pré natal pelo enfermeiro; p)PN pelo médico; q) pueric. Pelo enfermeiro; r)pueric. pelo médico; s) teste reflexo vermelho; t)ativ. Física; u)planej. Familiar; v)tabagismo; w)des. Alcoólica; x)notificação compuls. y)testes rápidos HIV; z)testes rápidos sífilis</p>
A6	Acesso	Percentagem de consultas agenda, das não presencialmente, por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Percentagem de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas da ESF e ESB) agendadas por telefone, email ou plataforma web do prontuário eletrônico</p> <p>(D) total de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas) realizados no mês pelas ESF e ESB da unidade</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 5%	<p>Ao agendar a consulta o prontuário deve permitir classificar como foi realizada a consulta ("presencial", "pelo telefone", "por email", "plataforma web", "outro"). As consultas agendadas não presencialmente pelas modalidades acima devem entrar no cálculo.</p> <p>Caso seja agendada pela plataforma, essa informação deve ser registrada automaticamente.</p> <p>*Todo prontuário deve ter uma plataforma web que possibilite aos pacientes agendarem consultas com os profissionais das equipes.</p>





D1	Desempenho assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de mulheres entre 25 e 64 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de colpocitologia do colo uterino nos últimos 3 anos</p> <p>(D) Nº total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas na área de abrangência da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	<p>minimo 80%</p> <p>Para o cálculo do indicador, considerar "mulheres" e não "procedimentos" (p. ex. se a mesma mulher realizou 3x o exame, considerar apenas 1x). Para fim de acompanhamento gerar nova coluna mostrando nº de procedimentos. Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de mulheres entre 25 a 64 anos de sua equipe, com a idade, data do último exame colpocitológico, o número de exames nos últimos 3 anos e a data prevista para próximo exame, o endereço e os telefones. Deve ainda permitir relacionar as pacientes com atraso para busca ativa.</p>
D2	Desempenho assistencial	% de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de diabéticos pertencentes a área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas registradas nos últimos 12 meses</p> <p>(D) Nº total de diabéticos cadastrados na área de abrangência da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	<p>minimo 80%</p> <p>Para o cálculo do indicador, considerar como denominador (D) apenas diabéticos que tiveram diagnóstico validado pelo médico da equipe. Para fim de acompanhamento mostrar em nova coluna ao lado de (D) o no de diabéticos na área da equipe (pelo cadastro do ACS (ficha B) + aqueles que foram validados pelo médico). Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de diabéticos de sua equipe com a data última consulta, nº de consultas últimos 12 meses, endereço e telefone.</p>
D3	Desempenho assistencial	% de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos 6 meses	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de hipertensos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de aferição de pressão arterial nos últimos 6 meses</p> <p>(D) Nº total de hipertensos cadastrados na área de abrangência da equipe.</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	<p>minimo 80%</p> <p>Para o cálculo do indicador, considerar como denominador (D) apenas hipertensos que tiveram diagnóstico validado pelo médico ou enfermeiro da equipe. Para fim de acompanhamento mostrar em nova coluna ao lado de (D) o no de hipertensos na área da equipe (pelo cadastro do ACS (ficha B) + aqueles que foram validados pelo médico ou enfermeiro). Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de hipertensos de sua equipe, com a data última consulta, nº de consultas últimos 12 meses, PA última consulta, endereço e telefone.</p>
D4	Desempenho assistencial	% de crianças com vacinas em dia, atualizado aos 2 anos	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de crianças até 2 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia</p> <p>(D) Nº total de crianças até 2 anos cadastrados na área de abrangência da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	<p>minimo 80%</p> <p>* Permitir que o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem possam realizar atualização cadastral e aprazar as vacinas. * permitir gerar lista de pacientes com vacinas atrasadas na equipe. Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar</p>

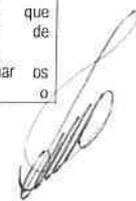




							uma relação de pacientes até 2 anos de sua equipe, com a situação vacinal ("em dia" ou "atrasada"), data da próxima vacina, endereço e telefone. Deve ainda permitir relacionar as pacientes com atraso para busca ativa.
D5	Desempenho assistencial	% de crianças com vacinas em dia, atualizado aos 6 anos	<p>(N) Nº de crianças até 6 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia _____ X 100</p> <p>(D) Nº total de crianças até 6 anos cadastrados na área de abrangência da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	<p>* Permitir que o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem possam realizar atualização cadastral e aprazar as vacinas.</p> <p>* permitir gerar lista de pacientes com vacinas atrasadas na equipe.</p> <p>Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes até 6 anos de sua equipe, com a situação vacinal ("em dia" ou "atrasada"), data da próxima vacina, endereço e telefone. Deve ainda permitir relacionar as pacientes com atraso para busca ativa.</p>
D6	Desempenho assistencial	% de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez	<p>(N) Nº de gestantes pertencentes a área de abrangência da equipe em acompanhamento na unidade com registro de consulta no primeiro trimestre de gravidez _____ X 100</p> <p>(D) Nº total de gestantes acompanhando na área de abrangência da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	<p>* considerar todas as gestantes da equipe em acompanhamento na unidade no período de análise (3 meses).</p> <p>Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes gestantes de sua equipe, com a data da última consulta, nº de consultas realizadas, semana gestacional 1ª da consulta, data prevista do parto, endereço e telefone.</p>
D7	Desempenho assistencial	% de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 28 dias	<p>(N) Nº de crianças que completaram 3 meses no período em análise pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta realizada até 28 dias de vida _____ X 100</p> <p>(D) Nº total de crianças que completaram 3 meses no período em análise cadastradas na área de abrangência da equipe</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	<p>* considerar todas as crianças que completaram 3 meses no período de análise (últimos 3 meses).</p> <p>Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pacientes recém nascidos até 28 dias de sua equipe com a data da última consulta, data do parto, nome da puérpera, endereço e telefone.</p>
D8	Desempenho assistencial	Proporção de altas, no tratamento odontológico, dos usuários que iniciaram tratamento	<p>(N) Nº de altas odontológicas realizadas nos últimos 12 meses _____ X 100</p> <p>(D) total de usuários que iniciaram o tratamento nos últimos 12 meses (considerar 6 meses se nova unidade de saúde)</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 7º mês de implantação de nova unidade de saúde / equipe)	mínimo 80%	<p>* considerar a possibilidade de a ESB registrar "alta por abandono".</p> <p>* incluir uma nova coluna ao lado do denominador (D) para visualizar o número de altas por abandono no período.</p> <p>* considera-se "alta por abandono" o paciente que se mudou ou que não pertence mais a lista de inscritos na unidade, ou seja, que não mais pertence à área de abrangência da unidade.</p>



D9	Desempenho assistencial	Proporção kits odontológicos familiares distribuídos para famílias com vulnerabilidade social	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>Nº de "kits familiares" distribuídos pelos ACS ou Equipe de SB</p> <p>total de famílias cadastradas com vulnerabilidade social na área da equipe de SF</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	<p>* O total de famílias cadastradas com vulnerabilidade social na área de abrangência da equipe de SF deve ser estipulada por cada equipe de SF e/ou SB (validada pela gerência e a CAP).</p> <p>* o registro de vulnerabilidade social deve ser registrado no prontuário, na Ficha A da família.</p> <p>Todo prontuário deve permitir a qualquer profissional gerar uma relação de pessoas com vulnerabilidade social de sua equipe, número da microárea, número da família, se recebe bolsa família, NIS, data última consulta, endereço e telefone.</p>
S1	Satisfação dos usuários	Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>Nº de usuários satisfeitos/muito satisfeitos atendidos na unidade de saúde</p> <p>total de usuários que preencheram o registro de satisfação no período em análise</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 80%	<p>Questionário padronizado pela SMS. Deve ser utilizado "totem" de atendimento que deve utilizar o prontuário para registro.</p> <p>Informação pode ser preenchida ainda em plataforma web que os pacientes cadastrados podem manifestar o registro.</p> <p>Para que o indicador seja considerado satisfatório, no mínimo 5% dos usuários atendidos devem ter preenchido o inquerito de satisfação.</p>
E1	Eficiência	Custo médio dos medicamentos prescritos por usuário	$\frac{(N)}{(D)}$ <p>Somatório do valor das prescrições pelo médico de cada equipe nos últimos 3 meses (REMUME e não REMUME)</p> <p>nº total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses (com prescrição + sem prescrição)</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 4º mês da Clínica)	Max. R\$51,78	<p>* Considerar como denominador (D) todos os usuários atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e atendidos fora de área pelo médico) independente de ter sido prescrita medicação ou não.</p> <p>* Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos que tiveram medicação prescrita. *deve permitir detalhar os pacientes, a medicação que foi prescrita e o custo da prescrição a quantidade de medicamentos prescritos que foi entregue na farmácia da unidade.</p>
E2	Eficiência	Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia previstos por usuário	$\frac{(N)}{(D)}$ <p>Somatório do valor dos exames de SADT solicitados pelos médicos de cada equipe (fonte valores tabela SIGTAP)</p> <p>nº total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses</p>	Prontuário Eletrônico (PEP) (*tabela SIGTAP como parâmetro)	Trimestral (a partir do 4º mês da Clínica)	Max. R\$41,80	<p>* Considerar como denominador (D) todos os usuários atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e atendidos fora de área pelo médico) independente de ter sido solicitado exame ou não.</p> <p>* Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos que tiveram solicitação de exames/procedimentos. *deve permitir detalhar os pacientes.</p>


							exame/procedimento que foi solicitado e o custo do exame/procedimento. * deve-se permitir registrar o resultado do exame e a data da realização do mesmo.
E.3	Eficiência	% de medicamentos prescritos da REMUME	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de itens diferentes de medicamentos pertencentes a REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses.</p> <p>(D) Nº total de itens diferentes de medicamentos prescritos pelos médicos de cada equipe últimos 3 meses</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	mínimo 90%	* Para visualização, apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe. Para contabilizar, soma-se cada item de medicamento de cada prescrição, podendo os itens se repetir em prescrições dos demais pacientes;
E.4	Eficiência	% de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses e que foram encaminhados a algum serviço/especialidade</p> <p>(D) Nº total de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	máximo 10%	* deve-se permitir gerar relatório por profissional das especialidades mais encaminhadas. * deve-se permitir registrar se o paciente compareceu à consulta ao especialista com a data da consulta para cada encaminhamento.
E.5	Eficiência	% de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG	$\frac{(N)}{(D)} \times 100$ <p>(N) Nº de pacientes que faltaram a consulta especializada ou a realização de exame complementar pertencentes a área de abrangência da equipe, nos últimos 3 meses</p> <p>(D) Nº total de pacientes agendados para exames ou encaminhamentos especialistas no SISREG (para consultas ou exames) pertencentes à área de abrangência da equipe nos últimos 3 meses</p>	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	máximo 30%	* O prontuário deve permitir aos administrativos da unidade ou a qualquer outro componente da equipe, registrar o resultado dos exames ou contra-referência de encaminhamento. Deve permitir ainda registrar o não comparecimento à consulta de especialidade via SISREG ou a exame. * Apresentar nova coluna ao lado de (D) com o número de pacientes com encaminhamento ou solicitação de exames sem registro de resultado ou de falta pelo SISREG.

*Valores de referência. Para a avaliação serão consideradas as metas pactuadas pelas Equipes.

B.3.3.2. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS PROFISSIONAIS (parte variável 02).

A definição das metas, a partir do 2º ano de contrato com as OSS depende da pactuação a ser efetuada entre a unidade e a CAP e deverá levar em consideração o comportamento dos indicadores na própria unidade. As metas deverão ser definidas em função do número de meses previstos de funcionamento da unidade com saúde da família para o ano – será apenas considerado o número de meses completos de atividade.





No primeiro ano do contrato de gestão a SMS definirá as metas, que servirão, junto com a série histórica dos indicadores por equipe de saúde da família, para a pactuação que deverá ser feita entre a CAP e cada equipe de saúde da família. Esta pactuação deverá ser realizada por escrito, equipe a equipe, em forma de contrato de gestão celebrado entre ambas as partes.

Nos indicadores de eficiência, uma vez que ainda existem limitações nos sistemas de informação de suporte ao processo de contratualização para o primeiro ano do contrato de gestão, estes serão contratualizados apenas em relação aos medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponíveis pelo SUS, considerando-se o preço de compra pela SMS.

B.3.3.3. MONITORAMENTO DOS INDICADORES (parte variável 02).

O monitoramento **dos indicadores** deverá ser feito trimestralmente, de forma automatizada e referendada pelo diretor/gerente da unidade.

As OSS devem enviar mensalmente pelo OSINFO os dados de acompanhamento da CTA e a unidade. Sempre que existam incongruências entre os dados da OSS e da unidade, e não sejam apurados os motivos de discordância, os dados registrados devem ser auditados pelos DAPS das CAP.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários e dos profissionais pressupõem a aplicação de questionários – modelo definido pela Superintendência de Atenção Primária, de modo a permitir comparações entre as AP's. O indicador final que medirá a satisfação dos usuários será oriundo de um *casemix* pré-estabelecido pela SMS.

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de **auditorias e ações de acompanhamento** que venham a ser determinadas pela SMS ou pelo Ministério da Saúde.

As unidades que tenham direito ao Incentivo Institucional (parte variável 02) deverão elaborar um **Plano para a Aplicação do Incentivo**, sendo submetido à CAP para validação.

Caberá às CTA aprovar o Plano de Aplicação de Incentivos (parte variável 02), garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão. Caso o Plano de Aplicação de Incentivos não vá ao encontro da estratégia local de saúde definida pela CAP, esta deverá negociar com a unidade de saúde, dentro dos prazos previstos, as alterações necessárias no referido plano.

O Plano de Aplicação dos Incentivos deverá traduzir-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da unidade, no apoio à investigação ou no aumento das



amenidades de exercício de funções da equipe multiprofissional.

B.3.3.4. ORIENTAÇÕES PARA PAGAMENTO POR PERFORMANCE QUANTO A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A satisfação dos usuários é um dos indicadores que compõem a **variável 02** do Pagamento por Performance e deve ser aferida por questionário com amostra representativa por unidade.

B.3.4. Parte variável 03

A variável 3 consiste em um recurso pago trimestralmente tendo como valor de referência o salário base de cada profissional. O limite máximo de Unidades Contábeis (UC) por trimestre é de 300 UCs, o que corresponde a 10% da soma dos salários base do trimestre (o que equivale a 10% do salário base mensal).

A quantidade de UCs a ser repassada está condicionada ao cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de saúde da família e saúde bucal.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o pilar central do sistema de saúde. Os centros de saúde com equipes de saúde da família e saúde bucal constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de assistência, além de promoção da saúde e prevenção da doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

A evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como a exigência de multidisciplinaridade na prestação de cuidados de saúde centrados no cidadão, e orientados para a obtenção de ganhos em saúde, tornaram inevitável a reestruturação das unidades de centros de saúde, com especial ênfase no Saúde da Família (MS, 2011 e Decreto Municipal N° 30.780 de 2009),

Os Centros de Saúde e as Clínicas da Família são unidades operativas das CAPs com autonomia funcional e técnica que devem garantir aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços definida pela Superintendência de Atenção Primária da S/SMS/SUBPAV.

Nem todas as unidades de atenção primária no Município do Rio de Janeiro estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação



entre os vários modelos de unidades de atenção primária (A, B e C) é resultante da organização do processo de trabalho, conforme quadro a seguir.

Quadro – Tipos de modelos de atenção primária existentes no município do Rio de Janeiro no ano de 2010

Modelo A. Todo o território é coberto pelas equipes de saúde da família e saúde bucal, nesta unidade todo usuário deve saber nominalmente os profissionais de referência para cada área, a unidade está dividida por equipes.

Modelo B. Somente uma parte do território é coberto com as equipes de saúde da família e saúde bucal.

Modelo C. A unidade ainda não trabalha na estratégia de saúde da família.

Nota: Território é definido pela lista de CEP (correio) vinculada a uma determinado unidade e apresentada no site www.subpav.org.br/ondeseratendido.html (login:subpav, senha:1234).

Durante os anos de 2009 a 2013, a PCRJ e a SMS identificou a contratualização como ponto fundamental, indutor de maior responsabilização e exigência, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde, com maior eficiência.

O objetivo é evoluir como os melhores sistemas de saúde do mundo, onde é avaliado o desempenho clínico de cada profissional da rede.

Os modelos A e B terão incentivos aferidos para atividades específicas. Estes incentivos, ao atribuir aos profissionais gratificações associadas ao desempenho, devem criar condições para o desenvolvimento de ambientes de motivação dos profissionais, ao atribuir às equipes melhorias nas unidades de saúde, no contexto físico do seu exercício, no reforço de competências, decorrente da facilitação do acesso a ações de formação.

Esses indicadores levam em consideração as especificidades locais, uma vez que é facultado ao profissional a composição do resultado final do conjunto de indicadores alcançado, dentro de diversos indicadores.

Com isso, espera-se que as equipes desenvolvam a cultura de gestão da clínica, percebendo que não basta apenas atingir alguns indicadores, mas que em conjunto eles induzem uma boa prática clínica. Por exemplo, não serão esperados apenas que as equipes atinjam bons resultados na captação precoce de gestantes no pré-natal, mas quantas gestantes que, além da captação precoce, as equipes realizaram um bom pré-natal em quantas



gestantes? Para realizar um bom prenatal, além de realizar captação precoce da gestante, há alguns outros indicadores importantes, como ter realizado exames VDRL e HIV, ter realizado um mínimo de 6 consultas, dentre outros.

B.3.4.1. ORIENTAÇÕES PARA REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS AOS PROFISSIONAIS (parte variável 03).

A remuneração por desempenho será calculada pelas Unidades Contábeis (UC) alcançadas pela equipe. Portanto, em uma mesma unidade, as diferentes equipes de saúde da família poderão ter quantidade de UCs diferentes entre as equipes no trimestre.

O valor de uma UC corresponde a 0,01% do salário do profissional contemplado.

A remuneração por desempenho incide apenas para os profissionais da equipe mínima de saúde da família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários) e de saúde bucal (dentista, TSB e ASB).

Uma equipe terá como teto o alcance de 300 unidades contábeis no trimestre (sem limite mínimo a ser alcançado), o que corresponde até 10% da soma dos salários base dos 3 meses.

Dentro da mesma **equipe de saúde da família**, todos os profissionais da equipe mínima terão obtido a mesma quantidade de UCs no trimestre. O cálculo do valor em reais (R\$) a ser repassado para cada profissional no trimestre é realizado multiplicando o número de UCs alcançado no trimestre pela equipe pela soma dos salários base do profissional no trimestre.

No caso das **equipes de saúde bucal**, o cálculo deverá ser feito proporcionalmente ao valor atingido por cada uma das equipes de SF as quais esta equipe de saúde bucal estiver vinculada não podendo exceder a 100 UC ao mês independente de equipes de saúde da família que estiver vinculada.

B.3.4.2. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS PROFISSIONAIS (parte variável 03).

As unidades de modelo A e B são unidades funcionais com maior transformações organizacionais onde o trabalho nas equipes de saúde família já estão adequados a Política Nacional de Atenção Básica. Nesta, os profissionais os profissionais deverão aceitar um nível de contratualização de **patamares de desempenho mais exigentes**.



Baseado na reforma dos cuidados primários em Portugal, na matriz de avaliação da atenção primária no *National Health Service* (NHS) inglês, na Política Nacional de Atenção Básica, definimos um conjunto de ações de acompanhamento a serem remuneradas como parte variável dos vencimentos a ser pago trimestralmente pela OSS aos profissionais de saúde das equipes de saúde da família e saúde bucal.

A compensação prevista está associada ao acompanhamento dos usuários vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas da Coordenação de Linha de Cuidado e Programas Especiais (CLCPE) da SAP/SUBPAV/SMS, nos termos apresentados no quadro a seguir:

Quadro de indicadores da **Parte variável 03** - incentivo à gestão da clínica

Grupo de ações	Descrição	UC
01	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano	01
02	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura	03
03	Acompanhamento de uma gravidez	08
04	Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	06
05	Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	04
06	Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	06
07	Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano	02
08	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08
09	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase	10
10	Acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras drogas	04
11	As equipes com alunos de graduação (equipe docente assistencial)	30
12	As equipes com residentes (equipe docente assistencial)	60
13	As equipes que aderiram ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)	30

A descrição de cada ação de acompanhamento é apresentada a seguir.

Grupo de ações	Descrição	UC
01	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano	01

PLANEAMENTO FAMILIAR I

Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E]: **uma mulher em idade fértil, por ano**

- A. Sexo feminino.
- B. Ter entre [15; 50[anos (idade calculada para o último dia do período em análise).
- C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15) ou ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde registrada pelo ACS , pelo médico, pelo enfermeiro, dentista, TSB ou ASB .
- D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.
- E. Estar cadastrada na unidade;

Grupo de ações	Descrição	UC
02	Acompanhamento em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para vasectomia ou laqueadura	03

PLANEAMENTO FAMILIAR II

Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e (F ou G)]: **uma mulher em idade fértil, por ano**

- A. Sexo feminino.
- B. Ter entre [15; 50[anos (idade calculada para o último dia do período em análise).
- C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15) ou ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde registrada pelo ACS , pelo médico, pelo enfermeiro, dentista, TSB ou ASB.
- D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do






período em análise.
E. Estar cadastrada na unidade;
F. Consulta médica com a inserção de DIU.
G. Preparação para esterilização **masculina** ou **feminina** (aconselhamento, atividade educativa, consentimento informado, pré-operatório para laqueadura tubária) e registro no prontuário da realização do procedimento.

Grupo de ações	Descrição	UC
03	Acompanhamento de uma gravidez	08

SAÚDE MATERNA:

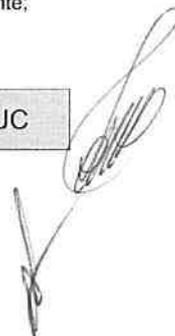
Uma usuária é considerada neste grupo se forem verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H]:

- A. Sexo feminino com pré-natal encerrado no período de vigência (deve ter sido cadastrada no prontuário eletrônico o número do SISPRENATAL para a gestação atual).
- B. Ter efetuado consulta médica ou de enfermagem de revisão do puerpério no período em análise e, no máximo, 20 dias após o parto, registrada por qualquer médico ou qualquer enfermeiro, com a descrição de "revisão do puerpério".
- C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes das 12 semanas - [0; 12[de gestação.
- D. Ter realizado pelo menos 6 consultas de pré-natal médicas e/ou de enfermagem até à 38ª semana - [0; 39[semanas - de gravidez. Estas consultas devem ter registro parametrizado que permitem codificar gravidez (W78, W79 ou W84).
- E. Ter registro de resultado de VDRL realizado até a 24ª semana de gestação.
- F. Usuária deve estar cadastrada na equipe.
- G. Ter registro de ter pelo menos 1 visita do ACS até a 38ª semana - [0; 39[de gravidez.
- H. Ter pelo menos um registro de resultado anti-HIV realizado até a 24ª semana de gestação [24[.

* toda gestante com mais de 40 dias da data prevista de parto deve ser automaticamente excluída da lista de gestantes ativas do prontuário.

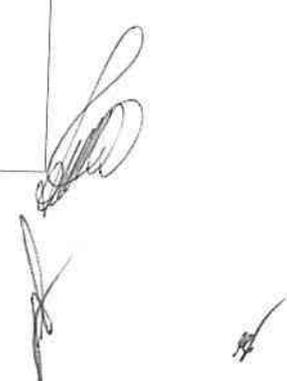
- para considerar uma gestante ativa no prontuário, basta o profissional registrar uma consulta com o código do CID10 de gestação (Z348) ou o procedimento SIASUS de consulta a gestante;

Grupo de ações	Descrição	UC
----------------	-----------	----



04	Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	06
<p><u>SAÚDE INFANTIL - 1º ANO DE VIDA</u></p> <p>Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H e I]:</p> <p>A. Ter completado um ano de vida durante o período em análise. B. Ter tido a primeira consulta médica ou de enfermagem até ao 28º dia de vida [0, 28 dias]. C. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem de acompanhamento em saúde infantil (puericultura) até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias. D. Ter pelo menos 1 registro parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor até os 11 meses de vida - [0, 330] dias. Podem ser realizados por médico ou por enfermeiro. E. Ter recebido ao menos 1 visita domiciliar do ACS até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias. F. Estar com o calendário vacinal em dia e todos os registros vacinais devidamente preenchidos no prontuário. G. Ter registro do resultado do teste do pezinho (realizado entre 4º e 7º dias de vida) e realização do reflexo vermelho. H. Ter avaliação do risco nutricional em toda consulta (registro de peso e altura). I. Não ter recebido UC no grupo de ação 04 para o mesmo paciente</p>		

Grupo de ações	Descrição	UC
05	Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	04
<p><u>SAÚDE INFANTIL - 2º ANO DE VIDA</u></p> <p>Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F]:</p> <p>A. Ter completado dois anos de vida durante o período em análise, B. Ter realizado pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura) entre os 12 e os 24 meses de vida -]365, 730] dias com registro de peso e altura, C. Ter pelo menos 1 registro parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor (por médico/enfermeiro) entre os 12 e os</p>		





- 24 meses de vida -]365, 730] dias.
- D. Ter recebido do ACS ao menos 1 visita de vigilância em saúde infantil entre os 12 e os 24 meses de vida -]365, 730] dias,
 - E. Estar com o calendário vacinal completo e todos os registros preenchidos no prontuário eletrônico,
 - F. Não ter recebido UC no grupo de ação 05 para o mesmo paciente.

Grupo de ações	Descrição	UC
06	O acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	06

DIABETES

Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I]

- A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus na lista de problemas,
- B. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses,
- C. Ter realizado pelo menos duas consultas médicas ou de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- D. Ter pelo menos dois registros de pressão arterial (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- E. Ter pelo menos um registro de resultado de **hemoglobina A1C** inferior ou igual a 7%, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- F. Ter pelo menos uma visita do ACS, realizada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- G. Ter pelo menos 1 registro de resultados de colesterol total (código 02.02.01.029-5) E colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) E triglicerídeos (código 02.02.01.067-8), realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- H. Ter ao menos uma avaliação dos pés registrada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- I. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.



Grupo de ações	Descrição	UC
07	Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano	02

HIPERTENSÃO

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e E]:

- A. Ter o diagnóstico de hipertensão arterial (códigos K86 ou K87 da ICPC-2) na lista de problemas, com estado ativo,
- B. Ter realizado pelo menos 2 consultas médicas ou de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise,
- C. Ter pelo menos 2 registros de pressão arterial (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, sendo pelo menos um deles com valor de pressão arterial sistólica inferior ou igual a 150 mmHg e de pressão arterial diastólica inferior ou igual a 90 mmHg,
- D. Ter pelo menos 1 registro de resultados de colesterol total (código 02.02.01.029-5), colesterol HDL (código 02.02.01.027-9) e triglicérides (código 02.02.01.067-8) realizados durante os 24 meses que antecedem a data final do período em análise.
- E. Não ter recebido UC no grupo de ação 07 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

Grupo de ações	Descrição	UC
08	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08

TUBERCULOSE

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E, F e G e H]:

- A. Ter registro do número do SINAN no prontuário para o paciente acompanhado,
- B. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem no período do tratamento,
- C. Ter alta por cura da tuberculose registrada no prontuário e no SINAN.*
- D. Ter registro do resultado de pelo menos duas baciloscopias de escarro,
- E. Ter registro de resultado de exame anti-HIV até o 2º mês de



tratamento,
F. Ter registro de avaliação de todos os contatos,
G. Ter recebido do ACS pelo menos 12 visitas (ao menos uma em cada mês), durante o período de análise,
H. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

*a CAP deve disponibilizar acesso ao banco do SINAN a todos os profissionais das equipes.

Grupo de ações	Descrição	UC
09	Acompanhamento de uma pessoa com alta por cura hanseníase	10

HANSENIASE

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H]:

- A. Ter registro de alta por cura da hanseníase no prontuário eletrônico,
- B. Ter realizado pelo menos 7 consultas médicas ou de enfermagem no período do tratamento,
- C. Ter recebido do ACS ao menos 7 visitas de acompanhamento para hanseníase,
- D. Ter registro de encerramento de caso no SINAN.*
- E. Ter registro de vacinação de BCG em todos os contatos,
- F. Ter registro de avaliação e de prevenção de incapacidades,
- G. Não ter recebido UC no grupo de ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.
- H. Não ter recebido UC no grupo de ação 09 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

*a CAP deve disponibilizar acesso ao banco do SINAN a todos os profissionais das equipes.

Grupo de ações	Descrição	UC
10	Acompanhamento de paciente tabagista, alcoolista e outras drogas	04

Paciente Tabagista, Alcoolista ou outras drogas

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [(A ou B ou C) e D e E e F e G e H e I e J e K]:

- A. Ter diagnóstico de uso crônico e abusivo de álcool
- B. Ter diagnóstico de tabagismo
- C. Fazer uso crônico de outras drogas (crack, etc)

- D. Ter realizado pelo menos 4 consultas médicas ou de enfermagem (ou grupo terapêutico) nos últimos 6 meses.
- E. Ter recebido do ACS ao menos 6 visitas de vigilância nos últimos 6 meses (para tabagismo não se aplica)
- F. Ter registro de anti-HIV nos últimos 12 meses (caso usuário de droga injetável).
- G. Ter registro de ao menos uma consulta familiar nos últimos 6 meses (para tabagismo não se aplica)
- H. Ter vacinação anti-tetânica em dia (para tabagismo não se aplica)
- I. Ter registro de vacinação para Hepatite em dia (para tabagismo não se aplica).
- J. Ter realizado pelo menos um registro de atendimento em saúde bucal nos últimos 12 meses (procedimento odontológico individual ou atividade educativa em grupo de saúde) registrado pelo CD, TSB ou ASB.
- K. Ter registro no prontuário de vinculação ao programa de controle do tabagismo (caso tabagista)

** Se o paciente for usuário crônico de álcool e/ou outras drogas e realizar desintoxicação na unidade de saúde, por período maior de 3 semanas consecutivas, acrescentar 10 UC.*

*** Se o paciente for Tabagista e realizar tratamento na unidade de saúde, por período maior de 3 semanas consecutivas, acrescentar 5 UC.*

Grupo de ações	Descrição	UC
11	As equipes com alunos de graduação (equipe docente-assistencial)	30

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A equipe recebe o número fixo de 30 UCs no trimestre caso tenha registro de aluno por mais de 15 dias no mês, atuando na equipe.

Grupo de ações	Descrição	UC
12	As equipes com residentes (equipe docente-assistencial)	60

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A equipe recebe o número fixo de 60 UCs no trimestre caso tenha



registro de residente por mais de 15 dias no mês, atuando na equipe.

Grupo de ações	Descrição	UC
13	As equipes que aderiram ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)	30

PMAQ

A equipe recebe o número fixo de 30 UCs no trimestre caso a adesão ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) tenha sido efetivada.

**** Acrescentar 60 UC por trimestre caso a equipe tenha obtido pontuação acima da média do município no ano anterior.**

B.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A Organização Social deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais e da área de informação/informática da Secretaria Municipal da Saúde e Defesa Civil as seguintes ações:

- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde da sua área de abrangência;
- Participar do processo de definição, elaboração e divulgação de indicadores para monitoramento da situação de saúde e para cada Eixo de Indicadores (painel de monitoramento) e disponibilizar e divulgar essas informações segundo as necessidades das unidades de saúde, Coordenação da AP local e Coordenação de Saúde da Família;
- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMS/RJ;
- Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;



- Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela SMS- Rio de Janeiro.

B.4.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

B.4.1.1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) – Requisitos Mínimos

Para fins práticos, serão considerados neste presente instrumento o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e o Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) como sinônimo.

Todas as unidades de saúde sob apoio à gestão da Organização Social devem ter todos os postos de trabalho definidos pela SMS informatizados e com Prontuário Eletrônico (PEP) instalado e em funcionamento além de gerenciador de senha e fluxos interligados ao prontuário. (a definição de postos de trabalho deve seguir o manual de implantação de Saúde da Família, SMS).

Nessas unidades, o PEP deverá ser a fonte de dados única de registro de dados para qualquer sistema de informação oficial. No caso de coleta de dados em domicílio deve ser disponibilizado ao profissional equipamento digital para coleta de dado, garantindo que não haja necessidade de redigitação.

Os campos número do CPF (para pessoas > 16 anos) e número da Declaração de Nascido Vivo (DN) (para pessoas < 16 anos) são de preenchimento obrigatório na Ficha A de cadastro de usuários do Saúde da Família, devendo ser os primeiros campos a aparecerem no layout da ficha. Como mecanismo de busca de usuário (Ficha A), devem constar as opções "busca por CPF/DN".

O nome completo ou nome social data de nascimento CPF ou DNV é requisito obrigatório para a impressão de receitas eletivas, realização de exames eletivos, e encaminhamento pelo sistema de referencia e contra referência.

Ações prioritárias, como o Cartão Família Carioca, Bolsa Família, entrada de dados de exames complementares de imagem ou laboratoriais, e saúde nas escolas que necessariamente tem integração com outros sistemas devem ser requisitos para a escolha do prontuário.



B.4.1.2. SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03/10/2000, publicada em 04/10/2000. Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados. O cadastro consiste de um conjunto de fichas cadastrais - FCES -, modelos de 1 a 14. Os profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento deverão preencher e assinar o formulário FCES08.

Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

Todos os cadastros de profissionais de saúde, serviços e equipamentos médicos e de estabelecimentos de saúde devem estar em consonância com as regulamentações da SAS/MS ou qualquer outra legislação ou orientação vigente, em âmbito do Ministério da Saúde ou Municipal, sendo a mais atual vigente a Portaria SAS/MS Nº 134 de 04 de abril de 2011, que constitui responsabilidades dos gestores quanto a correta atualização do SCNES;

Todo estabelecimento de saúde do Município do Rio de Janeiro deve estar devidamente cadastrado e com o seu cadastro atualizado no SCNES;

Constitui responsabilidade da Organização de Saúde o acompanhamento das atualizações das fichas cadastrais dos profissionais de saúde bem como dos dados de atualização dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão. Caberá ao Coordenador de Área de Planejamento determinar as demais atribuições em relação a este sistema de informação, podendo ficar sob responsabilidade da Organização Social a inclusão, bem como a atualização de todos os profissionais no SCNES, é de responsabilidade do Gerente/diretor do CNES a conferência e garantia de que o CNES da unidade esteja atualizado.

No caso de cadastramento de profissional que exerça 2 (dois) cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, deve ficar comprovada a compatibilidade de horários, conforme disposto no Art. 37, inciso XVI, alínea 'c', da Constituição Federal de 1998.

Para o profissional pertencente à equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), além do cumprimento do disposto nos 4 deste documento, ficam estabelecidas as seguintes regras:

- I - Fica vedado seu cadastramento em mais de 01 (uma) equipe da ESF;
- II - Para o cadastramento deste profissional em mais de 03 (três) estabelecimentos de saúde, independentemente da sua natureza, deverá haver justificativa e autorização prévia do gestor municipal, estadual ou do DF em campos específicos do SCNES.

Será utilizada a base de dados do Conselho Federal de Medicina, disponível no endereço eletrônico: www.cfm.org.br, para a avaliação da compatibilidade entre



o nome do profissional médico informado e o número de seu registro no Conselho.

Cada estabelecimento deve ter um **número único** de cadastro e **fica vedado o mesmo estabelecimento apresentar mais de um cadastro CNES para a mesma unidade de mesmo nível de complexidade**. Por exemplo, não é permitido cadastrar mais de um CNES para unidades mistas onde tenha serviço de Saúde da Família e Serviço especializado. Caso haja uma unidade de atenção primária funcionando em espaço físico contíguo com unidades de atenção secundária como CAPS ou Policlínica cada unidade de saúde deve ter seu próprio CNES.

As equipes NASF não são consideradas estabelecimentos de saúde, mas sim "serviço de apoio à atenção primária" e devem ser cadastrados; O Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF portanto não pode ter um número CNES exclusivo de estabelecimento de saúde, mas sim cadastrado em uma unidade de saúde. Quanto às unidades, este poderá ser implantado apenas nos estabelecimentos de Saúde da Esfera Administrativa PÚBLICA e somente nos tipos de estabelecimentos a seguir:

- 02 – Centro de Saúde/Unidade Básica,
- 15 – Unidade Mista;
- 03 – Policlínica;
- 36 – Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade,
- 71 – Centro de Apoio a Saúde da Família;

Os estabelecimentos isolados onde funciona apenas este serviço deverão ser cadastrado como Tipo de Estabelecimento 71-Centro de Apoio a Saúde da Família;

Para unidades de Atenção Primária, somente serão permitidas dois tipos de unidades de saúde:

TIPO UNIDADE NACARTEIRA DE SERVIÇOS	ABREVIÇÃO	TIPO UNIDADE NO CNES
Clínica da Família	CF	02 - Centro de Saúde/Unidade Básica
Centro Municipal de Saúde	CMS	02 - Centro de Saúde/Unidade Básica

B.4.1.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial



O SIA oferece aos gestores estaduais e municipais de saúde, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio Ambulatorial (RCA) (DATASUS).

Este sistema possui três componentes:

- Cadastro - desde julho/03 é atualizado a partir da Ficha de Cadastro de Estabelecimento de saúde – FCES, através do aplicativo DePara executado no nível central pela SMS/RJ;
- Programação - Ficha de programação físico-orçamentária – FPO. Praticamente toda alteração cadastral implica em uma alteração na FPO, que deverá ser encaminhada à Coordenação de Planejamento Local, através de formulário próprio, que posteriormente enviará à Gerência de Processamento de Dados SUS, até o 15º dia do mês competência, para alteração correspondente no SIA;
- Registro da produção - Boletim de produção ambulatorial – BPA e/ou APAC (subsistema específico para procedimentos de alta complexidade, que exigem identificação do usuário).

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

B.4.1.4. SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

O SIAB é o sistema obrigatório para os municípios que, enquanto reorganização da Atenção Básica, optaram pela estratégia do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS/Programa de Saúde da Família - PSF. É um sistema de informação voltado às equipes de PACS ou de PSF e tem um caráter basicamente gerencial, devendo ser implantado apenas nas unidades que possuam equipes do PSF e/ou do PACS.

Instrumentos de coleta de dados do SIAB:

- Ficha A (Cadastro da família). Este instrumento deve ser preenchido para as famílias de cada microárea (cada microárea é de



responsabilidade de um ACS). O preenchimento deve ocorrer no início da implantação do PSF/PACS, com a finalidade de fazer o diagnóstico da situação de vida e saúde da população adstrita ao território da equipe. As fichas A e as atualizações deverão ser preenchidas fisicamente em formulário de cadastramento dos cidadãos e digitadas diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP). Somente será considerado para fins de número populacional de área de abrangência os registros inseridos no prontuário;

- Ficha B (Hanseníase, Diabéticos, Hipertensos, Gestantes e Tuberculose). As fichas B são utilizadas para acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários para monitoramento, só devendo ser abertas para os casos confirmados. Os dados destas fichas deverão ser atualizados a cada visita mensal do ACS. Estas fichas também deverão ser guardadas no prontuário da família, devendo ser digitadas no prontuário eletrônico. Cada ACS fica responsável pelo preenchimento do consolidado de sua microárea e cabe ao Enfermeiro e/ou ao Médico da equipe de SF efetuar o consolidado do SSA2 da área (constando o SSA2 de cada microárea) em ficha física (papel).
- Ficha C Cópia da caderneta de vacinação;
- Ficha D Registro da atividade de cada profissional e de marcadores para da situação de saúde. As Fichas D do médico, dos auxiliares e da enfermeira de cada equipe devem ser consolidadas no final de cada mês e em seguida digitadas no aplicativo SIAB – Relatório PMA2 - e no SIASUS. As fichas D de cada agente comunitário devem ser consolidadas no final de cada mês.

Todas as equipes de Saúde da Família do Município são obrigadas a alimentar os dados referentes ao SIAB e informar mensalmente para o nível central (S/SUBPAV/SAP/CSF), dados sobre a produção (PMA2), acompanhamento de pacientes pelos ACS (SSA2) e os cadastros de usuários (FICHA A).

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

Mensalmente as unidades devem gerar o arquivo SIAB da competência vigente e enviar ao nível central S/SUBPAV/SAP seguindo cronograma estabelecido. Além disso, deve gerar um arquivo em meio eletrônico, a partir do prontuário eletrônico (PDF) um relatório de todos os indicadores (PMA2, SSA2 e ficha A)



por unidade de saúde, por equipe e por microárea (SSA2 e Ficha A). Esses relatórios devem ser impressos e colhidas assinaturas dos membros da equipe, de ciência e concordância dos resultados obtidos e esses devem ser arquivados na unidade de saúde por 5 anos.

B.4.1.5. SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal

O SISPRENATAL é o aplicativo que foi desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde (DATASUS). No SISPRENATAL está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (DATASUS). O SISPRENATAL é obrigatório apenas para os municípios que aderiram ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e produz informações que comprovam as condições necessárias ao repasse dos estímulos financeiros provenientes do MS:

- Ficha cadastramento da gestante e de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Toda gestante que inicie o pré-natal na unidade, mesmo aquelas que estejam com mais de 120 dias de gestação deve ser cadastrada pelo profissional médico e/ou enfermeiro, através do preenchimento da ficha de cadastramento. Estas fichas preenchidas deverão ser digitadas no aplicativo SISPRENATAL e arquivadas no prontuário da gestante. Os atendimentos de pré-natal das gestantes cadastradas deverão ser registrados, a cada retorno na UBS, nos campos de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Após a digitação das informações relativas ao acompanhamento, a ficha deverá ser rearquivada no prontuário da gestante de modo a estar acessível para a próxima consulta.

Para as unidades de atenção primária à saúde que estiverem com prontuário eletrônico (PEP) em funcionamento, todas as gestantes devem ser acompanhadas e ter todos os registros inseridos e atualizados diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP), no módulo de pré-natal.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.



A numeração do SISPRENATAL deverá ser única para cada gestação de cada mulher e a série numérica deverá ser distribuída através da S/SUBPAV/SAP/GPM. Fica vedada a geração de numeração que não a autorizada pela S/SUBPAV/SAP/CLCPE/GPM para evitar duplicidade de numeração.

Todo profissional de saúde deve poder gerar uma lista nominal de todas as gestantes em acompanhamento pela sua equipe de saúde da família a qualquer momento.

B.4.1.6. SISCOLO – Sistema de Informação sobre Rastreamento de Citopatológico do Colo Uterino

O sistema informatizado permite cadastrar e acompanhar as mulheres em idade preconizada pelo Ministério da Saúde (atualmente entre 25 a 64 anos) para acompanhamento do rastreamento nessa população da colpocitologia oncológica do colo uterino.

Os exames de colpocitologia devem ser registrados diretamente no Prontuário Eletrônico (PEP) cuja requisição de análise ao laboratório (INCA/SITEC) deve ser gerada a partir do PEP.

O sistema de PEP deve gerar relatórios gerenciais como busca de mulheres com exame não realizado/registrado há mais de 3 anos, cobertura de rastreamento de câncer de colo uterino, dentre outros definidos pela SMS.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

B.4.1.7. HIPERDIA – Sistema de Cadastramento do Hipertenso e do Diabético

O sistema informatizado permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. O Sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores, Sistema HiperDia, é uma ferramenta útil para profissionais da rede básica e para gestores do SUS no enfrentamento destas doenças (DATASUS). Este sistema é obrigatório apenas para os



municípios que aderiram ao Programa de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município.

Instrumento de coleta de dados do HIPERDIA:

- Ficha de Cadastro dos hipertensos e diabéticos.

O profissional médico deve cadastrar no prontuário eletrônico (PEP) todos os usuários portadores de hipertensão e/ou Diabetes Mellitus, com diagnóstico confirmado em sua área de abrangência e registrar o acompanhamento desses pacientes.

B.4.1.6. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é um sistema de informação, que conta com um recurso informatizado para coletar e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Possibilita uma análise global integrada de todas as doenças e agravos que constituem objeto de notificação compulsória, interesse nacional, estadual e/ou municipal, sendo o principal instrumento de coleta.

Através do registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornece informações para análise do perfil da morbidade e contribui desta forma para a tomada de decisões em nível Municipal, Estadual e Federal.

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

- Ficha de notificação do SINAN. Deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita da doença ou agravo objeto de notificação;
- Ficha de investigação do SINAN. Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica, algumas vezes com o apoio de técnicos da SVS / SUBPAV.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem



**Anexo Técnico V do Contrato de Gestão Cronograma de Desembolso e
Metas Físicas da Área de Planejamento 2.1**

A large, stylized handwritten signature in black ink.

A handwritten mark consisting of a large 'X' or similar symbol.

A small handwritten mark or signature at the bottom right of the page.

AP 2.1
Anexo - Cronograma de Recursos Orçamentários

Instituição	Item	Unidade de medida	MES 01	MES 02	MES 03	MES 04	MES 05	MES 06	MES 07	MES 08	MES 09	MES 10	MES 11	Total 11 meses
OSS - parte fixa - limite máximo a ser contratado.	Gestão (A)=(a+b)		R\$ 100.754,59	R\$ 317.376,96	R\$ 3.274.524,18									
	b) Apoio à gestão do TEIAS - OSS (7)	nº de equipes	R\$ 28.443,33	R\$ 89.596,50	R\$ 924.400,33									
	A) Apoio à Gestão do CAP (*)	nº de equipes	R\$ 72.311,26	R\$ 227.780,46	R\$ 2.350.115,84									
OSS - parte fixa - limite máximo a ser contratado.	RH (B) = (c+d+e)		R\$ 1.133.296,74	R\$ 3.569.884,74	R\$ 36.832.144,16									
	c) Equipes de Saúde da Família (*)	nº de equipes	R\$ 981.720,24	R\$ 3.092.418,75	R\$ 31.985.507,69									
	d) Serviço de Apoio Especializado / NASF	nº de equipes (até 400)	R\$ 44.873,33	R\$ 141.351,00	R\$ 1.459.383,33									
OSS - parte fixa - limite máximo a ser contratado.	e) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	cas	R\$ 106.703,17	R\$ 336.115,00	R\$ 3.467.853,15									
	f) Apoio de educação, vigilância e promoção da saúde	nº de equipes	R\$ 18.488,17	R\$ 58.237,73	R\$ 600.855,42									
	g) Contratos e consumo unidades de atenção primária	nº de equipes	R\$ 183.911,77	R\$ 579.322,07	R\$ 5.977.132,42									
OSS - parte fixa - limite máximo a ser contratado.	h) Serviços de Raio X, Ultrassom, oftalmologia básica (refração e retinografia digital)	nº de equipes	R\$ 21.117,50	R\$ 66.520,11	R\$ 686.318,64									
	i) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico	nº de equipes	R\$ 18.488,17	R\$ 58.237,73	R\$ 600.855,42									
	j) Adaptações de instalações / equipamentos (D) = (I) - (A)-(B)-(C)-(E)-(F)-(G)-(H)	nº de equipes	R\$ 0,00											
Parte variável - 1 (2% de A+B+C) / mês	Limite máximo subtotal		R\$ 1.476.056,93	R\$ 4.649.579,33	R\$ 47.971.850,23									
	Subtotal (F)		R\$ 6.888,27	R\$ 65.094,11	R\$ 657.870,37									
	Subtotal (G)		R\$ 8.833,33	R\$ 26.500,00	R\$ 273.833,33									
Parte variável - 2 (unidade de saúde)	Subtotal (H)		R\$ 20.157,67	R\$ 60.473,00	R\$ 624.387,67									
	Subtotal (I)		R\$ 1.511.936,20	R\$ 4.801.646,44	R\$ 49.528.400,00									
	Limite máximo total - (I)=(E+F+G+H)		R\$ 1.511.936,20	R\$ 4.801.646,44	R\$ 49.528.400,00									

* os valores referentes a gestão do TEIAS são variáveis proporcionalmente ao número de ESF no contrato de gestão
 ** Equipe de Saúde da Família: 1 médico 40hrs, 1 técnico de enfermagem 40hrs, 6 ACS, 1 técnico Farmácia 6ESF, 1 farmacêutico 6ESF, 1 administrativo 6ESF, 1 ASBQESF, 1 ASBQESF, 1 TSBQESF
 *** os valores referentes a Adaptações são variáveis dependendo da previsão de adaptações previstas no contrato de gestão

Ano 2013: R\$ 1.511.936,20
 Ano 2014: R\$ 49.528.400,00
 TOTAL: R\$ 49.528.400,00

AP 2.1

Anexo - Metas Físicas

Instituição	Item	Unidade de medida	MÊS 01 dez/13	MÊS 02 jan/14	MÊS 03 fev/14	MÊS 04 mar/14	MÊS 05 abr/14	MÊS 06 mai/14	MÊS 07 jun/14	MÊS 08 jul/14	MÊS 09 ago/14	MÊS 10 set/14	MÊS 11 out/14
OSS - parte fixa - limite máximo a ser contratado	Gestão (A)=(a+b)												
	b) Apoio a gestão do TEIAS - OSS (*)	nº de equipes	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
OSS - parte fixa - limite máximo a ser contratado	a) Apoio a Gestão da CAP (*)	nº de equipes	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
	RH (B) = (c+d+e)												
	c) Equipes de Saúde da Família (**)	nº de equipes	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
	d) Serviço de Apoio Especializado / NASF	nº de equipes Serv Apoio Especializado/NA SE	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
OSS - parte fixa - limite máximo a ser contratado	e) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	CAPS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Manutenção das unidades (C) = (f+g+h+i)												
	f) Ações de educação, vigilância e promoção da saúde	nº de equipes	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
	g) Contratos e consumo unidades de atenção primária	nº de equipes	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
	h) Serviços de Raio X, Ultrassom, oftalmologia básica (refração e retinografia digital)	nº de equipes	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
	i) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico	nº de equipes	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53

229.700,79

* os valores referentes a gestão do TEIAS são variáveis proporcionalmente ao número de ESF no contrato de gestão

** Equipe de Saúde da Família: 1 médico 40hs, 1 enfermeiro 40hs, 6 ACS, 1 técnico de Enfermagem 40hs, 6 ACS, 1 técnico Farmácia/6ESF, 1 farmacêutico/6ESF, 1 administrativo/6ESF, ESF, 1 dentista/3ESF, 1 ASB/3ESF, 1 TSB/6ESF

*** os valores referentes a Adaptações são variáveis dependendo da previsão de adaptações previstas no contrato de gestão



ANEXO I DO TERMO ADITIVO

**ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS
SERVIÇOS DE SAÚDE**

UPA ROCINHA

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name.

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name.

A small handwritten mark or signature in black ink.



ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

1 CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

Formatado

O presente contrato de gestão tem como principal objetivo garantir a melhora do desempenho e a qualidade nas unidades assistenciais através da criação de instrumentos de monitoramento e da atribuição de incentivos financeiros. Estes permitirão uma gestão rigorosa e ao mesmo tempo equilibrada que, consciente das necessidades da população, vise à mudança de perspectiva assistencial, com uma abordagem totalizante, gerando autonomia para os indivíduos e melhorando assim, o acesso da população aos cuidados de saúde.

O acompanhamento do contrato de gestão através das metas e indicadores deve permitir avaliar se o desempenho assistencial foi atingido.

O acompanhamento dos contratos não é uma finalidade em si mesmo. Pode-se considerar como parte do processo de avaliação do contrato a identificação e a avaliação de problemas, a discussão e a tomada de decisões sobre as ações que precisam ser implementadas. A Subsecretaria de Gestão - SUBG- da Secretaria Municipal de Saúde/SMS/RJ, através da Comissão Técnica de Avaliação - CTA, elaborará os instrumentos para o monitoramento e avaliação e realizará o acompanhamento dos contratos, juntamente com representantes técnicos assistenciais da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência - SUBHUE.

1.1 RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

A SMS/RJ como entidade Contratante é responsável por levar a cabo as ações que derivam do processo de acompanhamento visando à qualidade e otimização dos recursos e à correção de possíveis desvios. Para tal será criada uma Comissão Técnica de Avaliação - CTA que efetiva o processo de acompanhamento e avaliação.

1.2 COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

A Comissão Técnica de Avaliação - CTA - realizará o seguimento e a avaliação da qualidade assistencial dos serviços de saúde contratados, de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente definidos para a Organização Social.



A coordenação das reuniões da CTA caberá à Subsecretaria de Gestão, Coordenadoria de Administração de Contratos de Gestão com Organizações Sociais (SUBG/CCGOS).

Sempre que necessário, outros técnicos poderão ser convidados a participar das reuniões de acompanhamento, bem como poderão ser chamados a emitir pareceres técnicos complementares e coadjuvantes às ações de avaliação da CTA.

1.3 COMPOSIÇÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento é constituída, por no mínimo de 05 membros titulares e 02 suplentes, assim definido:

Titulares

- 2 representantes da SMS/SUBHUE;
- 1 representante da SMS/SUBG
- 1 representante da SMS/SUBGER
- 1 representante da SMS/SUBPAV/CAP

Suplentes

- o 1 SUBG
- o 1 SUBHUE

Os membros da CTA, titulares e suplentes, serão definidos e nomeados pelo Secretário Municipal de Saúde e publicados em Diário Oficial Municipal.

1.4 FUNÇÕES

As funções da comissão serão:

- Realizar reuniões periódicas, segundo calendário elaborado de forma consensual pelos membros que a compõem;
- Realizar reuniões extraordinárias, sempre que solicitado pela SMS/RJ ou pela contratada,
- Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da CTA e participantes presentes;
- Avaliar os indicadores de acompanhamento e avaliação pactuados e as informações sobre o funcionamento dos serviços;
- Analisar as intercorrências no funcionamento dos serviços, os possíveis desvios e suas causas, mormente em relação às metas assistenciais;
- Indicar as medidas corretivas aos desvios observados, encaminhando-as ao gestor da OS para as correções necessárias;



- Analisar preliminarmente propostas de implantação, extinção, ampliação e otimização dos serviços executados;
- Avaliar a pontuação no quadro de indicadores de acompanhamento, avaliação e metas;
- Elaborar relatórios a SMS/RJ sobre os dados analisados.

2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

2.1 ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá à Organização Social descrever e executar:

- Mecanismos de informação e comunicação à população sobre:
 - Os serviços que oferta;
 - Os meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
 - Disponibilizar de maneira visível o nome dos profissionais de plantão na unidade;
- Sistema gerencial de informação com acesso pela internet:
 - Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
 - Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
 - Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
 - Referência e contra-referência responsável e regulada dos usuários a outros serviços ou a outros níveis assistenciais;
 - Dispor de mecanismos que possibilitem disponibilizar em tempo real as informações sobre os atendimentos, bem como as informações econômicas, todas aquelas que a SMS julgar necessárias ao acompanhamento e avaliação do contrato de gestão.
 - Implantar o ponto eletrônico e disponibilizar a SMS o controle diário da frequência dos profissionais que atuam na unidade.

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pelo Plano Municipal de Saúde/RJ, com os Planos e Protocolos Assistenciais de Atenção Hospitalar da SMS/RJ e com a Legislação vigente do Ministério da Saúde – MS e demais legislações em vigor.

2.2 BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apoiam a boa prática clínica são:



- As melhores evidências disponíveis e aceitas de práticas clínicas baseadas em evidências;
- O consenso de sociedades científicas e conselhos de classe;
- Protocolos e linhas de cuidados estabelecidos pela SMS/;

As referências de boas práticas citadas acima não são excludentes, e sim complementares e sua operacionalidade dependerá do que a defina em cada caso.

Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que possam ser objeto de avaliação por parte da CTA são:

- Qualificação dos profissionais;
- Utilização do prontuário clínico;
- Uso de todos os outros registros da atividade assistencial necessários;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente e Excepcional da SMS, como no caso das capacitações para dengue, entre outros;
- Respeito aos Planos: Municipal de Saúde, Complementares ou Excepcionais da SMS;
- Respeito aos Planos de Emergências, Desastres e Contingências da SES RJ e SMS RJ.
- Política de Humanização - Protocolos da unidade sobre Acolhimento e Classificação de Risco, e sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais incidentes na Atenção Hospitalar;
- Registrar os agravos de notificação compulsória - SINAN
- Perfil de prescrição farmacêutica;
- Auto-avaliação assistencial pelos profissionais;
- Avaliação dos serviços de saúde pelos profissionais lotados nas unidades;
- Avaliação externa da prática assistencial;
- Avaliação externa da satisfação do usuário; e
- Respeito às necessidades dos pacientes através da disponibilização dos meios necessários para o tratamento, sejam estes recursos humanos, medicamentos, equipamentos ou outros relacionados.

2.3 ATENÇÃO AO USUÁRIO

Esses critérios serão utilizados para avaliar a atenção ao usuário:

- Grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- Boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;



- Incentivo a autonomia dos usuários;
- Tratamento individualizado e personalizado;
- Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde através de pesquisas de satisfação, sendo a informação obtida através de questionário de pesquisa de opinião realizado pela instituição parceira ou por órgão designado ou contratado para tal fim.

2.4 ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará uma continuidade nas linhas de cuidado das unidades. Esta articulação se dará com o apoio da SUBHUE e se fará entre a Instituição Parceira, a coordenação da Área de Planejamento, a rede de atenção básica responsável pelo atendimento pré-natal, as Maternidades da SMS/RJ, as Unidades de Urgência e Emergência, as UPAs da região onde a Unidade está instalada, a Superintendência dos Institutos nas questões relativas a assistência psiquiátrica e a Central de Regulação da SMS/RJ, bem como poderá contar com outros atores e parceiros componentes da rede assistencial.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:

- Protocolos, consensos clínicos e linhas de cuidado sobre Acolhimento e Classificação de Risco e sobre as patologias e os processos que possam ser solucionados nas Unidades de Pronto Atendimento;
- Suporte e rotinas administrativas adequadas que evitem os deslocamentos desnecessários dos pacientes referenciados ao nível hospitalar ou a outras unidades da rede.
- Integração com outros setores no sentido de atuar nos condicionantes / determinantes do processo de saúde-doença.
- Utilização pelos profissionais de saúde das referências e contra-referências estabelecidas;
- Observância por parte dos profissionais da disponibilização de informação clínica necessária para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico.

3. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS – Pagamento da Parte Variável

Esta proposta tem por objetivo acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, uma vez que a falta de qualidade e a ineficiência quase sempre aumenta os custos e o prolongamento da necessidade de cuidados, de tratamentos e de cirurgias complementares.



Ao final de 12 meses de acompanhamento, a SMS – Rio de Janeiro juntamente com a OS deverá rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

Mesmo após o cumprimento de todas as metas elencadas no Quadro de Indicadores e Metas, caso haja alguma queda na qualidade do atendimento em função de ação ou omissão imputável à administração da OS, a CTA, baseada em relatório fundamentado enviado pela SUBHUE, poderá descontar até 50% (cinquenta por cento) do valor da parte variável.

Em casos excepcionais de surtos ou situações emergenciais em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para fins de acompanhamento.

3.1 Indicadores e Metas para a Unidade de Pronto Atendimento.

3.1.2 Indicadores

A fatura variável será avaliada por meio de 14 (quatorze) indicadores e metas de produção, estabelecidos pela SMS na tabela abaixo. Com relação aos indicadores desempenho assistencial, cada um dos de seus 8 componentes, corresponderá a 7% do total da variável de 5% do valor do contrato a ser repassada, totalizando os 8 componentes 56% do total da variável de 5% do valor do contrato a ser repassado. Com relação ao indicador gestão, cada um dos seus 4 componentes corresponderá a 7% do total da variável de 5% do valor do contrato a ser repassada, totalizando seus 4 componentes 28% dos 5% do valor do contrato a ser repassado. Com relação ao indicador satisfação do usuário, cada um dos seus 2 componentes, corresponderá a 8% do total da variável de 5% do valor do contrato a ser repassada, totalizando os 2 componentes 16% do total da variável de 5% do valor do contrato a ser repassado. Cada componente das metas de desempenho assistencial que não for alcançado significará a perda de 7% dos 5% do valor do contrato a serem repassados, cada componente da meta de gestão que não for alcançado significará a perda de 7% dos 5% a serem repassados e cada componente das metas de satisfação do usuário que não for alcançada significará perda de 8% dos 5% do valor do contrato a serem repassados. Para receber os 5% de



repassa do valor total do contrato, a contratada terá que atingir 100% dos 14 indicadores avaliados.

Todos os indicadores e metas listados na tabela abaixo tem a periodicidade mensal. A SMS-RJ poderá, a seu critério, estabelecer novas metas a serem seguidas pela contratada, a qualquer momento. As fórmulas listadas abaixo devem ser utilizadas para o cálculo dos indicadores.

A. Desempenho Assistencial

1. Percentual de pacientes atendidos por médico.

Objetivo: identificar necessidade e prioridade do paciente

Meta: $\geq 85\%$

Fórmula: $\frac{\text{Número de atendimentos médicos} \times 100}{\text{Número Total de pacientes Acolhidos}}$

Número Total de pacientes Acolhidos

Numerador: número de atendimentos médicos

Denominador: Total de pacientes acolhidos

2. Percentual de pacientes atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco

Objetivo: Acesso rápido ao atendimento médico priorizando o risco de vida

Meta: 100%

Fórmula: $\frac{\text{Número de pacientes que foram atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco} \times 100}{\text{Total de pacientes classificados conforme protocolo de acolhimento e classificação de risco}}$

Total de pacientes classificados conforme protocolo de acolhimento e classificação de risco

Numerador: Número de pacientes que foram atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco

Denominador: Total de pacientes classificados conforme protocolo de acolhimento e classificação de risco



3. Tempo médio de permanência na emergência

Objetivo: manter o fluxo de alocação de pacientes.

Meta: Máximo de 24 horas

Formula:
$$\frac{\sum \text{Número de pacientes / dia}}{\text{Número de saídas}}$$

Numerador: \square N^o de Pacientes/dia – total de leitos ocupados às 24 horas de cada dia.

Denominador: Número de saídas – total de pacientes que tiveram alta (seja médica, a revelia ou por óbito) no período analisado.

A UPA não é unidade hospitalar e, portanto não interna, possui leitos de observação nos quais os pacientes devem permanecer até 24 horas conforme estabelecido pelas portarias GM/MS 1020 de 13/05/09 e 1601 GM/MS de 07/07/11. A permanência de um paciente por mais de 24 horas em observação na unidade deverá ser sempre justificada. O tempo de permanência na unidade deverá ser calculado para cada uma das salas de observação tanto adulta quanto pediátrica e para a unidade como um todo.

4. Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) \leq 24h.

Objetivo: Medir a taxa de óbitos ocorridos em unidade pré-hospitalar fixa. Mede indiretamente a capacidade e eficácia do Serviço de Urgências para resolver os casos mais críticos com rapidez, seja solucionando o problema com seus meios ou derivando o paciente para o serviço, unidade ou centro mais adequado a gravidade do caso

Meta < 4%

Fórmula: $\frac{\text{Número de óbitos com pacientes em observação } \leq 24\text{h (sala amarela e vermelha)}}{\text{Total de pacientes em observação (todas as salas)}} \times 100$

Total de pacientes em observação (todas as salas)



Numerador: Número de óbitos com pacientes em observação ≤ 24 hs (sala amarela e vermelha).

Denominador: Total de pacientes em observação (todas as salas)

Excluem-se os que, chegando cadáver, não recebem nenhuma manobra de reanimação nem outros atos terapêuticos. Inclui todos os falecimentos por qualquer causa durante sua permanência na UPA e em suas dependências (incluindo os deslocamentos para radiologia, ou outros meios diagnósticos). Deverá ser implantada comissão de óbitos no primeiro mês de funcionamento da unidade, a qual realizará reuniões mensais, cuja ata deverá ser anexada ao relatório.

5. Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24 h.

Objetivo: Medir a taxa de óbitos ocorridos em unidade pré-hospitalar fixa. Mede indiretamente a capacidade e eficácia do Serviço de Urgências para resolver os casos mais críticos com rapidez, seja solucionando o problema com seus meios ou derivando o paciente para o serviço, unidade ou centro mais adequado a gravidade do caso

Meta $< 7\%$

Fórmula: $\frac{\text{Número de óbitos com pacientes em observação } \geq 24\text{h (sala amarela e vermelha)}}{\text{Total de pacientes em observação (todas as salas)}} \times 100$

Denominador: Total de pacientes em observação (todas as salas)

Numerador: Número de óbitos com pacientes em observação ≤ 24 hs (sala amarela e vermelha).

Denominador: Total de pacientes em observação (todas as salas)

Excluem-se os que, chegando cadáver, não recebem nenhuma manobra de reanimação nem outros atos terapêuticos. Inclui todos os falecimentos por qualquer causa durante sua permanência na UPA e em suas dependências (incluindo os deslocamentos para radiologia, ou outros meios diagnósticos). Deverá ser implantada comissão de óbitos no primeiro mês de funcionamento da unidade, a qual realizará reuniões mensais, cuja ata deverá ser anexada ao relatório.



6. Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de Sepses

Objetivo: medir a taxa de adesão de infusão do antibiótico no tempo adequado, nos pacientes portadores de SEPSE

Meta: ≤ 2 horas

Formula:
$$\frac{\text{Total de antibióticos infundidos em um tempo } \leq 2 \text{ horas na SEPSE}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de SEPSE}}$$

Numerador: Total de antibióticos administrados no período ≤ 2 horas no paciente com diagnóstico de SEPSE no período.

Denominador: Total de pacientes com diagnóstico de SEPSE

7. Percentagem de tomografias realizadas em pacientes com Acidente Vascular Encefálico - AVC

Objetivo: medir a taxa de adesão dos pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico - AVC que foram submetidos a Tomografia Computadorizada (TC).

Meta: 100%

Formula:
$$\frac{\text{Total de pacientes com AVC que realizaram TC}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de AVC}}$$

Numerador: Total de pacientes com diagnóstico de AVC que realizaram TC no período.

Denominador: Total de pacientes com diagnóstico de AVC no período analisado.

8. Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio – IAM com supra de ST.

Objetivo: medir a taxa de adesão dos pacientes com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio - IAM com supra de ST que foram submetido a Trombólise via periférica.

Meta: 100%

Formula:
$$\frac{\text{Total de pacientes IAM com Supra de ST Trombolizados}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST no período analisado}}$$



B. Gestão

1. Percentual de Boletim de Atendimento de Emergência - BAE dentro do padrão de conformidades.

Objetivo: medir o percentual de BAE organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas

Meta: > 90%

Formula:
$$\frac{\text{Total de BAE dentro do padrão de conformidades}}{\text{Total de BAE analisados}}$$

Numerador: Total de BAE organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas no período.

Denominador: Total de BAE analisados no período.

Na descrição da revisão realizada pela comissão de prontuários, implantada no primeiro mês de funcionamento da unidade, deverá constar o percentual de erros/falhas no preenchimento, como história clínica, exame físico, diagnóstico e encaminhamento. A ata da referida comissão deverá estar anexa ao relatório mensal. A análise poderá ser feita por amostragem, desde sejam analisados no mínimo 10% do total de BAE abertos em decorrência de atendimento médico no período de 30 dias.

2. Índice de absenteísmo por categoria profissional.

Objetivo: Medir a disponibilidade da força de trabalho e dar um indicativo do nível de satisfação dos funcionários, através da análise das faltas ao trabalho.

Meta: < 3%

Fórmula:
$$\frac{\text{Horas líquidas faltantes}}{\text{Horas líquidas disponíveis}} \times 100$$

Numerador: Horas líquidas faltantes = total de horas faltantes, exceto licenças de saúde até 15 dias.

Denominador: Horas líquidas disponíveis = total de horas brutas (jornada contratual), exceto o repouso remunerado.



3. Taxa de turn-over

Objetivo: controlar de modo a manter o funcionário/mão de obra e evitar grandes impactos sobre os custos da organização (custo de recrutamento, seleção e treinamento).

Meta: $\leq 3,5$

Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de Demissões} + \text{N}^\circ \text{ de Admissões}}{2} \times 100$
Nº de Funcionários ativo (no último dia do mês anterior)

Numerador: Número total de funcionários admitidos + o total de funcionários demitidos sobre 2 no período

Denominador: Número total de funcionários ativos até o último dia do mês anterior ao período analisado

4. Treinamento hora homem

Objetivo: Reciclar ou capacitar os funcionários para torná-los aptos a atender os níveis crescentes de qualidade nas atividades que desempenham padronizando a assistência.

Meta: $> 1,5$

Fórmula: $\frac{\text{Total de horas homem treinados no mês}}{\text{Número funcionários ativos no período}}$

Numerador: Total de horas homem que foram capacitados no período

Denominador: Total de funcionários ativos no período

C. Satisfação usuário

1. Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação

Objetivo: Avaliar a percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde através de pesquisas de satisfação. A pesquisa será formulada através da aplicação de questionários e poderá ser feita através da contratação de empresa de consultoria de satisfação com emissão de relatórios trimestrais.

Meta: $> 15\%$

Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de questionários preenchidos}}{\text{Total de questionários}} \times 100$



Total de pacientes em observação

Numerador: somatório dos questionários preenchidos.

Denominador: Total de pacientes em observação na unidade no período

2. Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos

Objetivo: Medir o nível de satisfação dos clientes, através da pesquisa de satisfação.

Meta: >85%

Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de conceitos satisfeito e muito satisfeito}}{\text{Total de Respostas efetivas}} \times 100$

Total de Respostas efetivas

Numerador: N° de conceitos ótimos – somatório das respostas com conceito.

Denominador: Total de respostas efetivas - número de questionários respondidos no período

INDICADORES E METAS DE EXECUÇÃO



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA

PERCENTUAL DE REPASSE PARA OS INDICADORES DA PARTE VARIÁVEL

INDICADORES		%
		Mês 1º - 12º
DESEMPENHO ASSISTENCIAL		
1	Porcentagem de pacientes atendidos por médico	7,0%
2	Porcentual de pacientes atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco	7,0%
3	Tempo de permanência na emergência	7,0%
4	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤24hs	7,0%
5	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) > 24hs	7,0%
6	Tempo médio de início de antibiótico em deconência de Sepsé	7,0%
7	Porcentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC	7,0%
8	Porcentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST	7,0%
TOTAL PARCIAL 1		56%
GESTÃO		
1	Porcentual de BAE dentro do padrão de conformidades	7,0%
2	Índice de absenteísmo	7,0%
3	Taxa de Turn-over	7,0%
4	Treinamento hora homem	7,0%
TOTAL PARCIAL 2		28%
SATISFAÇÃO DO USUARIO		
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	8,0%
2	Porcentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos	8,0%
TOTAL PARCIAL 3		16%
TOTAL (PARCIAL 1+2+3)		100%

A OS deve enviar trimestralmente mapas de acompanhamento a Comissão Técnica de Avaliação – CTA. Sempre que existirem incongruências entre os dados da OS e os da SMS cujos motivos de discordância não forem apurados, os dados registrados deverão ser auditados pela SUBHUE.



Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários pressupõem a **aplicação de questionários** – os modelos dos questionários serão elaborados pela SMS/SUBHUE

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades onde deve estar explícito as razões pelas quais algumas metas podem não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de **auditorias e ações de acompanhamento** que venham a ser determinadas pela SMS ou pelo Ministério da Saúde.

Ao receber a parte variável a OS deverá elaborar um Plano para a Aplicação da Variável, sendo submetido a SUBHUE para validação. Caberá a CTA aprovar o Plano de Aplicação da variável, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários pressupõem a **aplicação de questionários** – os modelos dos questionários deverão ser elaborados pela OS e aprovados pela SUBHUE/SMS.

A OS e a unidade deverão elaborar um relatório de atividades onde devem estar explícitas as razões pelas quais algumas metas podem não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

A OS e a unidade deverão colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de auditorias e ações de acompanhamento que venham a ser determinadas pela SMS ou pelo Ministério da Saúde.

4. PRESTAÇÃO DE CONTAS MENSAL

As informações relacionadas aos indicadores e prestação de contas financeiras deverão ser alimentadas no sistema de monitoramento dos contratos de gestão – Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais (<http://osinfo.rio.rj.gov.br>), instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle dos Contratos de Gestão firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as Organizações Sociais para o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.709/13, impreterivelmente, até o dia 10º dia útil do mês subsequente, conforme Manual para envio de arquivos disponibilizado no Menu Principal, no link, Documentos, do Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais.

5. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A OS deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais da SUBHUE/ SMS, as seguintes ações:

- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde das suas áreas de abrangência;
- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMS/RJ;
- Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;



- Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela SMS.

5.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

5.1.1 CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03/10/2000, publicada em 04/10/2000. Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados. O cadastro consiste de um conjunto de fichas cadastrais - FCES -, modelos de 1 a 14. Os profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento deverão preencher e assinar o formulário FCES08.

Os dados deverão ser atualizados mensalmente e as atualizações devem ser remetidas a SMS.

5.1.2 SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é um sistema de informação, que conta com um recurso informatizado para coletar e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Possibilita uma análise global integrada de todas as doenças e agravos que constituem objeto de notificação compulsória, interesse nacional, estadual e/ou municipal, sendo o principal instrumento de coleta.

Através do registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornece informações para análise do perfil da morbidade e contribui desta forma para a tomada de decisões em nível Municipal, Estadual e Federal.

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

Ficha de notificação do SINAN. Deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita da doença ou agravo objeto de notificação;

Ficha de investigação do SINAN. Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica.

Os itens discriminados na tabela de avaliação serão analisados em datas comunicadas pela SMS/RJ, a partir do início de vigência do Contrato de Gestão.

Os relatórios gerais e específicos deverão ser entregues pela Organização Social até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente. Os relatórios de produção deverão ser diários com consolidados semanais entregues a SMS/SUBHUE/SUE.

5.1.3 SISREG - Sistema Nacional de Regulação.

Sistema on-line, ou seja, funciona com navegadores (*Internet Explorer, Mozilla Firefox, etc.*) instalados em computadores conectados à internet. Esse software é disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo



Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

Existe ainda um espaço on-line denominado ambiente de treinamento para que gestores estaduais, municipais, profissionais de saúde e profissionais de informática naveguem e conheçam o escopo de funcionalidades que permitem compor uma central de regulação de maneira rápida e prática.

Este sistema é composto por dois módulos principais:

Central de Internação Hospitalar (CIH)

Visa o atendimento das internações hospitalares, com o controle central de leitos da rede permitindo o gerenciamento do processo de regulação e autorização das solicitações para internações, tanto emergenciais quanto eletivas.

Operacionalização do Sistema:

O sistema é operacionalizado através da inter-relação entre as Centrais de Regulação e as Unidades Solicitantes e Executantes.



**ANEXO II DO TERMO ADITIVO – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ROCINHA**

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DA UPA ROCINHA - 4º ANO							
DESCRIÇÃO	Trimestre 1			Trimestre 2			Valor Total
	dez/13	jan/14	fev/14	mar/14	abr/14	mai/14	
Parte Fixa - Apoio e Gestão das Unidades	904.150,00	904.150,00	904.150,00	904.150,00	904.150,00	904.150,00	5.424.900,00
Parte Variável (5% do total da parte fixa realizada no período)	45.207,50	45.207,50	45.207,50	45.207,50	45.207,50	45.207,50	271.245,00
Trimestralidade	949.357,50	949.357,50	949.357,50	949.357,50	949.357,50	949.357,50	5.696.145,00
DESCRIÇÃO	Trimestre 3			Trimestre 4		Valor Total	
	jun/14	jul/14	ago/14	set/14	out/14		
Parte Fixa - Apoio e Gestão das Unidades	904.150,00	904.150,00	904.150,00	904.150,00	301.333,33	3.917.933,33	
Parte Variável (5% do total da parte fixa realizada no período)	45.207,50	45.207,50	45.207,50	45.207,50	15.069,17	195.699,17	
Trimestralidade	949.357,50	949.357,50	949.357,50	949.357,50	316.452,50	4.113.882,50	

* O presente termo aditivo tem vigência a partir do dia 20/12/2013 até o dia 31/10

Total 2013	949.357,50
Total 2014	8.660.670,00
TOTAL	9.610.027,50



**ANEXO I DO TERMO ADITIVO-DECLARAÇÃO DE FATO
SUPERVENIENTE
DECLARAÇÃO**

Nome do Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO JANEIRO
Ref. Termo Aditivo N.º 005/2013

VIVA COMUNIDADE, inscrita no CNPJ n.º 04.856.049/0001-00, por intermédio do seu representante legal o (a) Sr. (a) SEBASTIÃO CORREIA DOS SANTOS, Portador (a) da Carteira de Identidade n.º 045622552 IFP RJ e do CPF n.º 463.219.347-01, Declara sob as penas da Lei, para fins de participação neste **TERMO ADITIVO N.º 05/2013**, que:

- Os documentos da instituição que compõem este termo aditivo foram colocados à disposição e tomou conhecimento de todas as informações;
- Não se encontra declarada inidônea para licitar ou contratar com órgãos da Administração Publica Federal, Estadual, Municipal e do Distrito Federal;
- Inexiste fato superveniente impeditivo de sua habilitação na COAUALI ;

Rio de Janeiro, 19 de dezembro de 2013.



SEBASTIÃO CORREIA DOS SANTOS
DIRETOR PRESIDENTE