

Termo Aditivo nº 008/2014

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 006/2012, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DR. JOÃO AMORIM - CEJAM, COM VISTAS AO GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NO ÂMBITO DO HOSPITAL DA ILHA, CER ILHA E CER CENTRO.

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, nº455, Bloco 01, 7º andar, sala 701, 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 como Organização Social o CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DR. JOÃO AMORIM - CEJAM, inscrita no CNPJ sob o número 66.518.267/0011-55, com sede na Estrada do Galeão, 2750, - Bairro Portuguesa, Ilha do Governador, Rio de Janeiro/RJ, neste ato representado por Ademir Medina Osório, portador da cédula de identidade nº 9.451.584.0, CPF nº 994.124.468 - 53 doravante denominado CONTRATADA, realizada através do processo administrativo nº09/002.964/11, 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 dois 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 ao gerenciamento, operacionalização e



execução das atividades e serviços de saúde desenvolvidos no âmbito do Hospital da Ilha, CER Ilha e CER Centro, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 O presente **TERMO ADITIVO** tem por objeto formalizar:

I - a prorrogação por 12 (doze) meses da vigência, do contrato de gestão nº 006/2012, que tem por objetivo o gerenciamento e a operacionalização, apoio e execução pela **CONTRATADA**, de atividades e serviços de saúde desenvolvidos no âmbito do Hospital da Ilha, CER Ilha e CER Centro, com fulcro no art. 8º, VII do e Decreto Municipal nº 30.780/09 em conformidade com os Anexos que são partes integrantes e indissociáveis deste instrumento.

II – fixar novo cronograma de desembolso, anexo Técnico I deste termo aditivo.

III – estabelecer o "anexo Técnico II - Acompanhamento do contrato, avaliação e metas para os serviços de saúde" do contrato de gestão, alterando indicadores.

IV– re-ratificar as cláusulas do contrato de gestão aditado.

V- No Hospital Evandro Freire:

a) Implantação de mais 46 leitos, totalizando 103 leitos;

VI- No CER Centro:

a) Implantação de 10 leitos de CTI PEDIÁTRICO.

PARÁGRAFO ÚNICO

Permanecem inalterados os demais anexos.

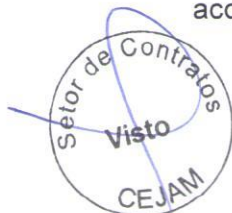
CLÁUSULA SEGUNDA – DOS ANEXOS

É parte integrante deste termo aditivo o Anexo Técnico I – Cronograma de Desembolso e Anexo Técnico II.

CLÁUSULA TERCEIRA - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

3.1 São da responsabilidade da **CONTRATADA**, além daquelas obrigações constantes das especificações técnicas contidas nos Anexos Técnicos do Contrato de Gestão, as estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas legais, federal, estadual e municipal que regem a presente contratação, as seguintes:

3.1.1 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 - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- V - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- VI - direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- 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.

3.1.2 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 – Responsabilidade civil pelo risco de sua atividade;

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 (item 6.6)

3.2 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;

3.3 Estabelecer o controle e a apuração da freqüência dos funcionários contratados pela Organização Social, detentora de contrato de gestão celebrado 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.

3.4 Providenciar a efetiva prestação de serviços continuados, tais como limpeza, segurança, concessionárias, conectividade, de forma terceirizada ou com utilização de mão de obra interna.

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

3.6 Apoiar e integrar o complexo regulador da Secretaria Municipal de Saúde - RJ

3.7 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.

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

3.9 Responsabilizar-se 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.



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

3.11 Manter em seus quadros técnicos para a gestão, profissionais com a qualificação mencionada no Edital de Convocação Pública.

3.12 Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido, seguido pelo nome designativo "Com os logos oficiais do Município, Secretaria Municipal da Saúde e do Sistema Único de Saúde, Organização Social", devendo afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social, e dos serviços prestados nessa condição, que pertencem ao Sistema Único de Saúde sendo vedada a cobrança ao usuário;

3.13 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 da Secretaria Municipal da Saúde e do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa;

3.14 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;

3.14.1 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.

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

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



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

3.14.5 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 Secretaria Municipal de Saúde a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens;

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

3.15.1 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;

3.16 Alimentar 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 do Rio de Janeiro e as Organizações Sociais para o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.709/13.

3.17 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;

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

3.18.1 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.



3.19 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.

3.19.1 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.

3.19.2 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.

3.19.3 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.

3.19.4 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.

3.19.5 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/dívida.

3.20. Abrir conta corrente bancária específica para movimentação dos recursos provenientes do presente Contrato, 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 contrato, além de disponibilizar extrato mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde.

3.21 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.

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

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

3.24 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).

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

3.26 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.

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

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

3.29 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;



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

3.31 Nas obrigações assumidas pela contratada no contrato ora aditado, fica incluída a obrigação de disponibilizar uma interface WSDL para uso da Prefeitura do Rio de Janeiro com as informações de atendimento médico da população sob sua área de competência:

I- Os atributos, tipos de campos e demais questões atinentes à disponibilização dessa informação serão definidos pela Prefeitura do Rio e informados à Organização Social em nota técnica documentada à parte, entregue formalmente pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS);

II- Eventuais alterações na composição das informações que constarão do WSDL poderão ser solicitadas a qualquer momento pela SMS e deverão ser implementadas pela Organização Social;

III- As composições técnicas e prazos de atendimento às adequações derivadas do inciso II, acima, serão definidos também em nota técnica documentada à parte, entregue formalmente pela SMS;

IV- A Organização Social deverá informar e manter atualizados os dados de contato (nome, telefone e e-mail) de um responsável técnico próprio e capacitado para tratamento das questões derivadas do objeto;

V- A Empresa Municipal de Informática –IplanRio- deverá informar e manter atualizada a documentação dos artefatos técnicos necessários à promoção da interface prevista no caput, bem como deverá assessorar tecnicamente a SMS no tratamento das questões técnicas derivadas do processo.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Todos os dados gerados pela atuação das Organizações Sócias junto à população do Município do Rio de Janeiro são de propriedade exclusiva do Município e não podem, sob qualquer hipótese, ser disponibilizados para terceiros sem a anuência formal da SMS;

PARÁGRAFO SEGUNDO



Os dados que trata o parágrafo primeiro devem ser entregues à Secretaria Municipal de Saúde na sua íntegra, com a documentação necessária para sua utilização, em formato e meio a ser definido na ocasião, ao término do presente contrato ou a qualquer momento, a critério do Município.

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

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

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

4.1.2 Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste Termo Aditivo, no Plano de Trabalho específico, fazendo o repasse trimestral nos termos do Anexo I – Cronograma de Desembolso, do Termo Aditivo.

4.1.2.1 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;

4.1.3 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;

4.1.4 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;

4.1.5 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 QUINTA - DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas as demais cláusulas do contrato de gestão ora aditado não alteradas pelo presente instrumento.



CLÁUSULA SEXTA - DA AVALIAÇÃO

A Comissão de Avaliação a ser nomeada por resolução do Senhor 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 o Secretário Municipal de Saúde.

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 SÉTIMA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Termo Aditivo será de 12 (doze) meses, a partir da data de 27 de março de 2014 até o dia 26 de março de 2015.



PARÁGRAFO ÚNICO

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

CLÁUSULA OITAVA - DO VALOR

O valor do presente termo aditivo é de R\$ 91.741.249,31 (noventa e um milhões, setecentos e quarenta e um mil duzentos e quarenta e nove reais e trinta e um centavos) cuja composição se encontra especificada na planilha que constitui o "Anexo Técnico I – Cronograma de Desembolso" do presente instrumento, que dele é parte integrante.

CLÁUSULA NONA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

Pela prestação dos serviços objeto deste Termo Aditivo especificados nos Anexos Técnicos, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA os valores definidos no "Anexo I – Cronograma de Desembolso" à conta dos Programas de Trabalho 1890.10.302.0306.2009 e 1890.10.302.0331.2851, código de despesa nº 3.3.50.39.02, do orçamento em vigor, tendo sido emitidas Notas de Empenho nº 2014/002, 2014/003 e 2014/004.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Os recursos transferidos pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** serão mantidos por esta, em conta especialmente aberta, conforme item 2.20 deste contrato, para a execução do presente Termo Aditivo. Os respectivos saldos serão obrigatoriamente aplicados, conforme Decreto Municipal 33.010 de 03 de novembro de 2010.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Fica facultado à organização social como Unidade do Sistema Único de Saúde solicitar o ressarcimento pelas operadoras, as quais alude o art. 1º da 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 OSS 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 contrato de gestão, enquanto não utilizado, deverá ser aplicado conforme dispõe o decreto 33.010 de 3/11/2010.

PARÁGRAFO SETIMO

O montante de recursos previstos e repassados a 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 Secretaria Municipal de Saúde - SMS/RJ, ficando vedada a utilização desses recursos para custear despesas que não sejam oriundas de processos rescisórios ou de provisionamento obrigatórios.

PARÁGRAFO OITAVO

É vedada a cobrança de qualquer taxa de administração.



CLÁUSULA DÉCIMA – DA FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA

O Município providenciará a remessa de cópias do presente CONTRATO DE GESTÃO 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-PRIMEIRA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Os valores dos pagamentos, fixos e variáveis, o número de parcelas e as respectivas condições, estão definidos no Anexo Técnico I – Cronograma de Desembolso, do Termo Aditivo, totalizando para o período de 12 meses, R\$ 91.741.249,31 (noventa e um milhões, setecentos e quarenta e um mil duzentos e quarenta e nove reais e trinta e um centavos).

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 em c/c aberta no Banco SANTANDER (Brasil) S.A., conforme Contrato 103/2011, publicado no D.O. Rio nº 195, de 26/12/2011, decorrente da licitação CEL/SMF – PP 01/2011, ou em outro Banco que venha a substituí-lo, nos conformes legais.

CLÁUSULA DÉCIMA- SEGUNDA - DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente TERMO ADITIVO, bem como os seus anexos, poderão ser anualmente atualizados e revistos, mediante prévia justificativa por escrito que conterá a declaração de interesse de ambas as partes.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A alteração do presente Termo Aditivo, bem como dos anexos que o integram, deverá ser submetida à autorização do Secretário Municipal da Saúde.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Os anexos que compõem este TERMO ADITIVO, 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 Termo Aditivo para melhor adequação às finalidades de interesse público ou para adequação técnica do projeto aos seus objetivos, assegurados os direitos da CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCERIA - DA 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 contratante ressarcirá exclusivamente danos materiais, inclusive - mas não limitadamente - os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela Organização Social para a execução do objeto deste contrato, 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 QUARTA - 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 moratória no valor de 1% (um por cento) por dia útil sobre o valor da nota de empenho ou, se for o caso, do saldo não atendido, até o período máximo de 30 (trinta) dias úteis;
- III) Multa de até 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato, depois de 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 e V desta cláusula poderão ser aplicadas conjuntamente com os itens II, III e VI.



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 QUINTA - DISPOSIÇÕES FINAIS

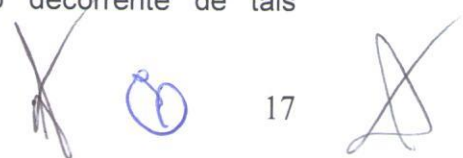
Fica expressamente vedada a cobrança por serviços de saúde ou outros complementares da assistência devida ao paciente.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

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

PARÁGRAFO SEGUNDO

Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente Contrato, 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 TERCEIRO

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 QUARTO

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 QUINTO

O Município providenciará a remessa de cópias do presente CONTRATO DE GESTÃO 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 SEXTA - 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.

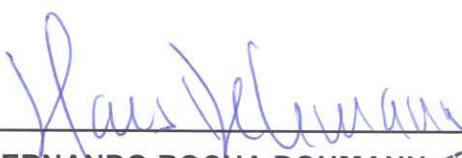
CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO FORO

Fica eleito o Foro da **Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro** para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste TERMO ADITIVO, renunciando as partes desde já a qualquer outro, por mais especial ou privilegiado que seja.



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.

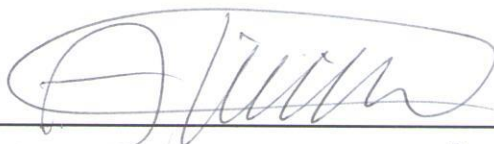
Rio de Janeiro, 26 de março de 2014.



HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN

Secretário Municipal de Saúde

HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN
Secretário Municipal de Saúde
Mat. 60/253541-7



CEJAM

Ademir Medina Osorio
Gerente Técnico Executivo
CEJAM
Mat. 60/253541-0

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DR. JOÃO AMORIM - CEJAM

Testemunhas:

1) _____

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

2) _____

Nome: Elizabeth Ayres Eisenman
R.G: Assessora - S/GAB
Mat.: 60/256.928-3



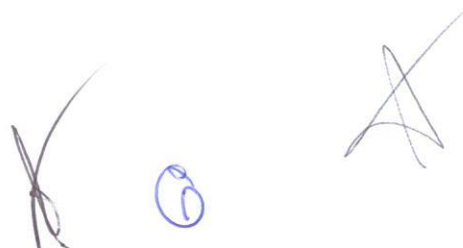
ANEXO TÉCNICO I – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO



CRONOGRAMA do FLUXO do CER-ILHA					
			16.110.326,96	805.516,35	16.915.843,30
início ▼	fim ▼	MÊS ▼	fixa 1 ▼	variável ▼	total ▼
27-mar-14	30-mar-14	1	150.748,35	7.537,42	158.285,77
1-abr-14	30-abr-14	2	1.130.612,61	56.530,63	1.187.143,24
1-mai-14	30-mai-14	3	1.130.612,61	56.530,63	1.187.143,24
1-jun-14	30-jun-14	4	1.130.612,61	56.530,63	1.187.143,24
1-jul-14	30-jul-14	5	1.130.612,61	56.530,63	1.187.143,24
1-ago-14	30-ago-14	6	1.130.612,61	56.530,63	1.187.143,24
1-set-14	30-set-14	7	1.130.612,61	56.530,63	1.187.143,24
1-out-14	30-out-14	8	1.130.612,61	56.530,63	1.187.143,24
1-nov-14	30-nov-14	9	1.130.612,61	56.530,63	1.187.143,24
1-dez-14	30-dez-14	10	1.130.612,61	56.530,63	1.187.143,24
1-jan-15	30-jan-15	11	2.017.697,12	100.884,86	2.118.581,98
1-fev-15	26-mar-15	12	3.766.367,96	188.318,40	3.954.686,36
CER-ILHA			fixa 1	variável	total
TOTAL 1º TRIMESTRE			3.542.586,19	177.129,31	3.719.715,50
TOTAL 2º trimestre			3.391.837,84	169.591,89	3.561.429,73
TOTAL 3º trimestre			3.391.837,84	169.591,89	3.561.429,73
TOTAL 4º trimestre			5.784.065,09	289.203,25	6.073.268,34
TOTAL GERAL DO CONTRATO			16.110.326,96	805.516,35	16.915.843,30
PREVISÃO DE GASTO ANUAL			fixa 1	variável	total
TOTAL 2014			10.326.261,87	516.313,09	10.842.574,96
TOTAL 2015			5.784.065,09	289.203,25	6.073.268,34
TOTAL GERAL			16.110.326,96	805.516,35	16.915.843,30

CRONOGRAMA do FLUXO do CER-CENTRO							
			18.136.701,88	5.664.712,32	23.801.414,20	1.190.070,71	24.991.484,91
início		fixa 1 - 9 fixa anterior		CTI PEDIÁTRICO 10			
fim		MÊS	com IPCA-e	FIXA total	variável	total	
			[fev/12;jan/14]	LEITOS			
27-mar-14	30-mar-14	1	201.518,91	62.941,25	264.460,16	13.223,01	277.683,17
1-abr-14	30-abr-14	2	1.435.305,51	472.059,36	1.907.364,87	95.368,24	2.002.733,12
1-mai-14	30-mai-14	3	1.435.305,51	472.059,36	1.907.364,87	95.368,24	2.002.733,12
1-jun-14	30-jun-14	4	1.435.305,51	472.059,36	1.907.364,87	95.368,24	2.002.733,12
1-jul-14	30-jul-14	5	1.435.305,51	472.059,36	1.907.364,87	95.368,24	2.002.733,12
1-ago-14	30-ago-14	6	1.435.305,51	472.059,36	1.907.364,87	95.368,24	2.002.733,12
1-set-14	30-set-14	7	1.435.305,51	472.059,36	1.907.364,87	95.368,24	2.002.733,12
1-out-14	30-out-14	8	1.435.305,51	472.059,36	1.907.364,87	95.368,24	2.002.733,12
1-nov-14	30-nov-14	9	1.435.305,51	472.059,36	1.907.364,87	95.368,24	2.002.733,12
1-dez-14	30-dez-14	10	1.435.305,51	472.059,36	1.907.364,87	95.368,24	2.002.733,12
1-jan-15	30-jan-15	11	2.196.168,61	472.059,36	2.668.227,97	133.411,40	2.801.639,37
1-fev-15	26-mar-15	12	2.821.264,74	881.177,47	3.702.442,21	185.122,11	3.887.564,32
CER-CENTRO			fixa 1	CTI PEDIÁTRICO 10 LEITOS	FIXA total	variável	total
TOTAL 1º TRIMESTRE - {1º ao 3º mês}[27/3;26/6]			3.072.129,94	1.007.059,97	4.079.189,91	203.959,50	4.283.149,40
TOTAL 2º trimestre - {4º ao 6º mês} [27/6;26/9]			4.305.916,54	1.416.178,08	5.722.094,62	286.104,73	6.008.199,35
TOTAL 3º trimestre - {7º ao 9º mês} [27/9;26/12]			4.305.916,54	1.416.178,08	5.722.094,62	286.104,73	6.008.199,35
TOTAL 4º trimestre - {10º ao 12º mês} [27/12;26/3/13]			6.452.738,86	1.825.296,19	8.278.035,05	413.901,75	8.691.936,81
TOTAL GERAL DO CONTRATO			18.136.701,88	5.664.712,32	23.801.414,20	1.190.070,71	24.991.484,91
PREVISÃO DE GASTO ANUAL			fixa 1	CTI PEDIÁTRICO 10 LEITOS	FIXA total	variável	total
TOTAL 2014			13.119.268,54	4.311.475,49	17.430.744,02	871.537,20	18.302.281,23
TOTAL 2015			5.017.433,35	1.353.236,83	6.370.670,18	318.533,51	6.689.203,69
TOTAL GERAL			18.136.701,88	5.664.712,32	23.801.414,20	1.190.070,71	24.991.484,91

CRONOGRAMA HOSPITAL EVANDRO FREIRE 103 LEITOS								
				47.460.877,23	0,00	47.460.877,23	2.373.043,86	49.833.921,09
início	fim	MÊS	nº de leitos	fixa 1 - fixa anterior com IPCA-e [fev/12;jan/14]	fixa 2 - dif. 10 leitos UI para UTI em ACARI	FIXA total	variável	total
27-mar-14	30-mar-14	1	57	317.982,87		317.982,87	15.899,14	333.882,01
1-abr-14	30-abr-14	2	57	3.179.828,69		3.179.828,69	158.991,43	3.338.820,12
1-mai-14	30-mai-14	3	103	4.045.680,89		4.045.680,89	202.284,04	4.247.964,93
1-jun-14	30-jun-14	4	103	4.045.680,89		4.045.680,89	202.284,04	4.247.964,93
1-jul-14	30-jul-14	5	103	4.045.680,89		4.045.680,89	202.284,04	4.247.964,93
1-ago-14	30-ago-14	6	103	4.045.680,89		4.045.680,89	202.284,04	4.247.964,93
1-set-14	30-set-14	7	103	4.045.680,89		4.045.680,89	202.284,04	4.247.964,93
1-out-14	30-out-14	8	103	4.045.680,89		4.045.680,89	202.284,04	4.247.964,93
1-nov-14	30-nov-14	9	103	4.045.680,89		4.045.680,89	202.284,04	4.247.964,93
1-dez-14	30-dez-14	10	103	4.045.680,89		4.045.680,89	202.284,04	4.247.964,93
1-jan-15	30-jan-15	11	103	4.045.680,89		4.045.680,89	202.284,04	4.247.964,93
1-fev-15	26-mar-15	12	103	7.551.937,66		7.551.937,66	377.596,88	7.929.534,54
HOSPITAL DA ILHA				fixa 1	fixa 2 - dif. 10 leitos UI para	FIXA total	variável	total
TOTAL 1º TRIMESTRE - {1º ao 3º mês} [27/3;26/6]				7.543.492,45	0,00	7.543.492,45	377.174,62	7.920.667,07
TOTAL 2º trimestre - {4º ao 6º mês} [27/6;26/9]				12.137.042,67	0,00	12.137.042,67	606.852,13	12.743.894,80
TOTAL 3º trimestre - {7º ao 9º mês} [27/9;26/12]				12.137.042,67	0,00	12.137.042,67	606.852,13	12.743.894,80
TOTAL 4º trimestre - {10º ao 12º mês} [27/12;26/3/13]				15.643.299,44	0,00	15.643.299,44	782.164,97	16.425.464,41
TOTAL GERAL DO CONTRATO				47.460.877,23	0,00	47.460.877,23	2.373.043,86	49.833.921,09
PREVISÃO DE GASTO ANUAL				fixa 1	fixa 2 - dif. 10 leitos UI para UTI	FIXA total	variável	total
TOTAL 2014				35.863.258,68	0,00	35.863.258,68	1.793.162,93	37.656.421,61
TOTAL 2015				11.597.618,55	0,00	11.597.618,55	579.880,93	12.177.499,48
TOTAL GERAL				47.460.877,23	0,00	47.460.877,23	2.373.043,86	49.833.921,09



**ANEXO TÉCNICO II DO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE
ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO E AVALIAÇÃO
PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE
& CER ILHA DO GOVERNADOR**



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

1 - CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

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 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 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 RESPONSABILIDADES NO ACOMPANHAMENTO

A Secretaria Municipal de Saúde/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 a correção de possíveis desvios e para tanto será criada uma Comissão Técnica de Avaliação – CTA que articule e efetive o processo de acompanhamento e avaliação.

1.2 COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

A Comissão Técnica de Avaliação – CTA - realizará o acompanhamento e a avaliação do funcionamento e da qualidade assistencial dos serviços de saúde contratados, de



acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente definidos por esta secretaria para a gestão da Organização Social.

A coordenação das reuniões da Comissão Técnica de Avaliação – CTA, caberá à Subsecretaria de Gestão, através da Coordenadoria de Administração de Contratos de Gestão com Organizações Sociais, Convênios e Contratos (SUBG/CCGOS).

Sempre que necessários 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 06 membros titulares e 04 suplentes, assim definido:

Titulares

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

Suplentes

- 1 SUBG/CCGOS
- 2 SUBHUE
- 1 SUBGER

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 à Secretaria Municipal de Saúde - 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;
 - Indicadores de avaliação de desempenho destes serviços utilizando padrões estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ;
 - 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;
 - Ser dotado de mecanismos que possibilitam disponibilizar em tempo real as informações sobre os atendimentos, bem como as informações



econômicas, todas aquelas que a Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ julgar necessárias ao acompanhamento e avaliação do contrato de gestão;

- Implantar o ponto eletrônico e disponibilizar a Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ 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 Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ, bem como com as Políticas de Saúde e Portarias do Ministério da Saúde e demais legislações em vigor.

2.2 BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apontam a boa prática clínica são:

- As melhores evidências disponíveis e aceitas de práticas clínicas baseadas em evidências;
- O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;
- Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros serviços no âmbito territorial
- Protocolos e linhas de cuidados estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ.

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 eletrônico;
- 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, gripe A, 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 da Secretaria Municipal de Saúde – 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;
- Registro dos 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.

3 - 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, as Unidades de Urgência e Emergência, as UPAs da região onde a unidade está instalada, ao Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso- PADI, Superintendência dos Institutos nas questões relativas a assistência psiquiátrica e a Central de Regulação Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ, bem como poderá contar com outros atores e parceiros componentes da rede assistencial.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:

- Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado;
- Universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;
- Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- 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;
- Acordos entre profissionais sobre a informação clínica necessária para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico;
- 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.

4 - INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS – Indicadores de Desempenho Assistencial, Indicadores de Gestão e Indicadores de Produção, os quais avaliarão a fatura 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 Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ juntamente com a OS deverá rever estes indicadores, objetivando 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 Comissão Técnica de Avaliação - 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.

A OS deve enviar trimestralmente mapas de acompanhamento à Comissão Técnica de Avaliação – CTA. Sempre que existirem incongruências entre os dados assistenciais da OS e os da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ cujos motivos de discordância não forem apurados, os dados registrados serão auditados pela SUBHUE.

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de auditorias e ações de acompanhamento que venham a ser determinadas pelos dados assistenciais da OS e os da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ ou pelo Ministério da Saúde.

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



4.1 Indicadores e Metas para a Coordenadoria de Emergência Regional – CER - ILHA

A fatura variável será avaliada por meio de 14 (quatorze) indicadores e metas de produção, todos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ SMS na tabela abaixo. Com relação aos **indicadores Desempenho Assistencial**, cada um dos seus 08 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 04 componentes corresponderá a **7% do total da variável de 5% do valor do contrato** a ser repassada, totalizando seus **04 componentes 28% dos 5% do valor do contrato** a ser repassado. Com relação ao **Indicador de Satisfação do usuário**, cada um dos seus **02 componentes, corresponderá a 8% do total da variável de 5% do valor do contrato** a ser repassada, totalizando os **02 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 repasse 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 Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ poderá, a seu critério e a qualquer momento, estabelecer novas metas a serem seguidas pela contratada. As fórmulas listadas abaixo devem ser utilizadas para o cálculo dos indicadores.

4.1.1. DESEMPENHO ASSISTENCIAL [cada um dos seus 08 componentes, corresponderá a **7% do total da variável de 5%** do valor do contrato a ser repassada, totalizando os **8 (oito) componentes 56% do total da variável de 5% do valor do contrato**]

A - Percentual de pacientes atendidos por médico.

Objetivo: identificar necessidade e prioridade do paciente



Meta: $\geq 70\%$

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

Numero Total de pacientes Acolhidos

Numerador: número de atendimentos médicos

Denominador: Total de pacientes acolhidos

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

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

C - Tempo médio de permanência na emergência

Objetivo: manter o fluxo de alocação de pacientes.

Meta: Máximo de 24 horas

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

Numerador: $\square$ N° 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.

D - Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 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 à gravidade do caso

Meta < 4%

Fórmula: Número de óbitos com pacientes em observação ≤ 24h (sala amarela e vermelha) x 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 CER 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.

E - Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 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 < 7%



Fórmula: Número de óbitos com pacientes em observação ≥ 24 h (sala amarela e vermelha) x 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 CER 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.

F - Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de Seps

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

Meta: ≤ 2 horas

Fórmula: Total de antibióticos infundidos em um tempo ≤ 2 horas na SEPSE

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



G - 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%

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

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

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

H - 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%

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

4.1.2. Gestão [cada um dos seus 04 componentes corresponderá a 7% do total da variável de 5% do valor do contrato a ser repassada, totalizando seus 04 componentes 28% dos 5% do valor do contrato]

A - 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%

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

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.

B - 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.

C - 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: $\frac{\text{Nº de Demissões} + \text{Nº de Admissões}}{2} \times 100$
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

D - 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

4.1.3. Satisfação usuário [cada um dos seus 02 componentes, corresponderá a 8% do total da variável de 5% do valor do contrato a ser repassada, totalizando os 02 componentes 16% do total da variável de 5% do valor do contrato a ser repassado]

A - 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: $\frac{\text{Nº de questionários preenchidos}}{\text{Total de pacientes em observação}} \times 100$

Numerador: somatório dos questionários preenchidos.

Denominador: Total de pacientes em observação na unidade no período

B - Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos

Objetivo: Medir o nível de satisfação dos clientes, através da pesquisa de satisfação.
Meta: >85%

Fórmula: $\frac{\text{Nº de conceitos satisfeito e muito satisfeito}}{\text{Total de Respostas efetivas}} \times 100$

Numerador: Nº de conceitos ótimos – somatório das respostas com conceito.

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



QUADRO SINÓPTICO INDICADORES VARIÁVEIS CER-ILHA					
	 INDICADORES	FÓRMULAS	META	% a incidir sobre o valor da variável	% a incidir sobre o valor total
DESEMPENHO ASSISTENCIAL NO CER					
1	Percentagem de pacientes atendidos por médico	$\frac{\text{nº de atendimentos médicos}}{\text{nº total de pacientes acolhidos}} \times 100$	$\geq 70\%$	7%	0,35%
2	Percentagem de pacientes atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco	$\frac{\sum \text{do nº de pacientes que foram atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco}}{\text{total de pacientes classificados conforme protocolo de acolhimento e classificação de risco}} \times 100$	100%	7%	0,35%
3	Média de Permanência na emergência	$\frac{\sum \text{do numero de pacientes dia}}{\text{nº de saídas}}$	≤ 24 horas	7%	0,35%
4	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24 horas	$\frac{\text{nº de óbitos com paciente em observação } \leq 24\text{h (sala vermelha e amarela)}}{\text{total de pacientes em obs (todas salas)}} \times 100$	$< 4\%$	7%	0,35%
5	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24 horas	$\frac{\text{nº de óbitos com paciente em observação } \geq 24\text{h (sala vermelha e amarela)}}{\text{total de pacientes em obs (todas as salas)}} \times 100$	$< 7\%$	7%	0,35%
6	Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de Sepsis	$\frac{\text{total de antibióticos infundidos em um tempo } \leq 2 \text{ horas na SEPSE}}{\text{total de pacientes com diagnóstico de SEPSE}}$	≤ 2 horas	7%	0,35%
7	Percentagem de Tomografia efetuadas em pacientes com AVC	$\frac{\text{total de pacientes com AVC que realizaram TC}}{\text{total de pacientes com diagnóstico de AVC}}$	100%	7%	0,35%
8	Percentual de Trombólise efetuadas no tratamento do IAM com supra de ST	$\frac{\text{total de pacientes IAM com supra de ST Trombolizados}}{\text{total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST no período analisado}}$	100%	7%	0,35%
TOTAL PARCIAL 1				56%	2,80%






GESTÃO					
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidade	Total de BAE dentro do padrão de conformidades / total de BAE analisados	> 90%	7%	0,35%
2	Índice de absenteísmo	hors líquidas faltantes X 100 / horas líquidas disponíveis	< 3%	7%	0,35%
3	Taxa de turn-over	(Nº de demissões + Nº de admissões) / 2 X 100 / Nº de funcionários ativos (no último dia do mês anterior)	≤ 3,5	7%	0,35%
4	treinamento hora homem	total de horas/homem treinados no mês / nº de funcionários no período	> 1,5	7%	0,35%
TOTAL PARCIAL 2				28%	1,40%
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO					
1	Índice de questionários preenchidos pelos paciente em observação	Nº de questionários preenchidos X 100 / total de pacientes em observação	>15%	8%	0,40%
2	Percentual de usuários Satisfeitos / Muito satisfeitos	Nº de conceitos satisfeitos e muito satisfeitos X 100 / total de respostas efetivas	> 85%	8%	0,40%
TOTAL PARCIAL 3				16%	0,80%
TOTAL GERAL (PARCIAL 1 + 2+3)				100%	5,00%

INDICADORES E METAS DE EXECUÇÃO

A OS deve enviar trimestralmente mapas de acompanhamento à 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 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 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.

4.2 Indicadores e Metas para o Hospital Evandro Freire

A fatura variável será avaliada por meio de 10 (dez) indicadores e metas de produção, estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS na tabela abaixo.

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

Os indicadores que compõem a Parcela Variável do seguinte modo:

INDICADORES E METAS QUE COMPÕEM A PARCELA VARIÁVEL	percentual a incidir sobre 5% do faturamento total	percentual a incidir sobre o faturamento total
DESEMPENHO ASSISTENCIAL	54,00%	2,70%
INDICADORES DE GESTÃO	16,00%	0,80%
INDICADORES DE PRODUÇÃO	[18%;30%]	[0,9%;1,5%]
PERCENTUAL TOTAL DA PARCELA VARIÁVEL	[88%;100%]	[4,4%;5%]

4.2.1 Desempenho Assistencial totaliza 54% do total da variável de 5% do valor do contrato distribuídos do seguinte modo - **[4 componentes, corresponder a 6% do total da variável de 5% do valor do contrato a ser repassada, totalizando os 4 componentes 24% do total da variável de 5% do valor do contrato e 6 componentes, corresponderá a 5% do total da variável de 5% do valor do contrato a ser repassada, totalizando os 6 componentes 30% do total da variável de 5% do valor do contrato]**

A - Taxa de Ocupação Hospitalar

Meta: $\geq 95\%$






Fórmula: $\sum$ do número de pacientes dia / $\sum$ Leitos dia (leitos instalados) x 100

Numerador: $\sum$ do número de pacientes dia

Denominador: $\sum$ Leitos dia (leitos instalados)

Considerando-se para o cálculo dos leitos dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras.

B - Média de Permanência em Clínica Médica Meta: 8 dias

Fórmula: $\sum$ do numero de pacientes dia internados na

Clínica Médica / total de saídas na Clínica Médica

Numerador: $\sum$ do numero de pacientes dia internados na Clínica Médica

Denominador: total de saídas na Clínica Médica

C - Média de Permanência na Ortopedia

Meta: 8 dias

Fórmula: $\sum$ do número de pacientes dia internados na Ortopedia / total de saídas na Ortopedia

Numerador: $\sum$ do número de pacientes dia internados na Ortopedia **Denominador:** total de saídas na Ortopedia

D - Média de Permanência na Clínica Cirúrgica

Meta: 5 dias

Fórmula: $\sum$ do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica / total de saídas na Clínica Cirúrgica

Numerador: $\sum$ do número de pacientes dia internados na Clínica Cirúrgica

Denominador: total de saídas na Clínica Cirúrgica



E - Média de Permanência na UTI Adulto

Meta: 10 dias

Fórmula: $\sum$ do número de pacientes dia internados na UTI Adulto/ total de saídas na UTI

F - Taxa de Mortalidade Institucional

Meta: $\leq 8\%$

Fórmula: número de óbitos >24hs de internação / número de saídas hospitalares x100

Obs: entende-se como saídas o somatório das altas mais os óbitos

G - Taxa de Mortalidade Pós Operatória

Meta: $\leq 3\%$

Fórmula: número de óbitos cirúrgicos ocorridos no Pós Operatório / número de pacientes que realizaram cirurgias x100

H - Taxa de Mortalidade ajustada pela Gravidade em UTI adulto

Meta: $SMR \leq 1$

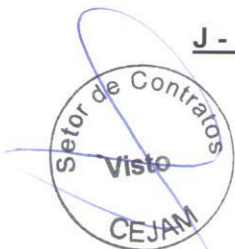
Fórmula: APACHE II ou SAP 3

I - Índice de Infecção da Corrente Sanguínea relacionada a Cateter venoso Profundo

Meta: $\leq 10/1000$

Fórmula: total de infecções de corrente sanguínea em Pacientes submetidos a CVP / total dias de todos os pacientes que permaneceram com CVP no período considerado x1000

J - Índice de Pneumonia Associada à ventilação Mecânica (VAP Precoce)



Meta: $\leq 08/1000$

Fórmula: total de pneumonias em pacientes com VAP

Com início em período considerado / total de dias de todos os pacientes em ventilação mecânica no mesmo período analisado x1000

4.2.2. GESTÃO totaliza 16% do total da variável [4 componentes, corresponderá a 4% do total da variável de 5% do valor do contrato a ser repassada, totalizando os 4 componentes 16% do total da variável de 5% do valor do contrato]

A - Índice de AIH apresentadas

Meta: ≥ 1

Fórmula: N° total de AIH apresentadas no mês / N° total de internações mês x100

B - Taxa de Rejeição de AIH

Meta: $\leq 7\%$

Fórmula: N° de AIH rejeitadas / N° de AIH apresentadas x100

C - Percentual de Altas para atenção primária contendo o formulário: "Guia Pós Alta Hospitalar"

Meta: 100% pela Comissão de Prontuário x 100

Fórmula: N° de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar / total de prontuários analisados x100

D - Percentual de Óbitos Institucionais analisados pela Comissão de Óbito

Meta: 100%

Fórmula: N° óbitos ocorridos no mês / N° óbitos analisados pela comissão de Óbitos x 100



QUADRO SINÓPTICO DOS INDICADORES PARTE VARIÁVEL DO HOSPITAL DA ILHA DO GOVERNADOR

INDICADORES	FÓRMULAS	META	% a incidir sobre o valor da variável	% a incidir sobre o valor total
DESEMPENHO ASSISTENCIAL				
1	Taxa de ocupação Hospitalar $\frac{\sum \text{do número de pacientes dia}}{\sum \text{Leitos dia (leitos instalados)}} \times 100$	≥ 95%	6,00%	0,3000%
2	Média de Permanência em Clínica Médica $\frac{\sum \text{do numero de pacientes dia internado na Clínica Médica}}{\text{total de saídas}}$	8 dias	6,00%	0,3000%
3	Média de Permanência na Ortopedia $\frac{\sum \text{do numero de pacientes dia internado na Ortopedia}}{\text{total de saídas}}$	8 dias	6,00%	0,3000%
4	Média de Permanência na Clínica Cirurgica $\frac{\sum \text{do numero de pacientes dia internado Clínica Cirurgica}}{\text{total de saídas}}$	5 dias	6,00%	0,3000%
5	Média de Permanência na UTI Adulto $\frac{\sum \text{do numero de pacientes dia internado na UTI Adulto}}{\text{total de saídas}}$	10 dias	5,00%	0,2500%
6	Taxa de Mortalidade Institucional $\frac{\text{número de óbitos} > 24\text{hs de internação}}{\text{número de saídas}} \times 100$	≤ 8%	5,00%	0,2500%
7	Taxa de Mortalidade Pós Operatória $\frac{\text{número de óbitos cirurgicos ocorridos no Pós Operatório}}{\text{número de pacientes cirurgicos (que realizaram cirurgias)}} \times 100$	≤ 3%	5,00%	0,2500%
8	Taxa de Mortalidade ajustada pela Gravidade em UTI adulto APACHE II ou SAP 3	SMR ≤ 1	5,00%	0,2500%
9	Índice de Infecção da Corrente Sanguinea relacionada a Cateter venoso Profundo $\frac{\text{total de infecções de corrente sanguinea em pacientes submetidos a CVP}}{\text{total dias de todos os pacientes que permaneceram com CVP no período considerado}} \times 1000$	≤ 10/1000	5,00%	0,2500%
10	Índice de Pneumonia Associada a ventilação Mecânica (VAP Precoce) $\frac{\text{total de pneumonias em pacientes com VAP com início em período considerado}}{\text{dias de todos os pacientes em ventilação mecânica no mesmo período analisado}} \times 1000$	≤ 08/1000	5,00%	0,2500%
TOTAL (PARCIAL 1)			54%	2,700%

GESTÃO					
1	Índice de AIH apresentadas	Nº total de AIH apresentadas no mês X100 Nº total de internações mês	≥ 1	4,00%	0,2000%
2	Taxa de Rejeição de AIH	Nº de AIH rejeitadas X100 nº de AIH apresentadas	≤ 7%	4,00%	0,2000%
3	Percentual de Altas para atenção primária contendo o formulário: "Guia Pós Alta Hospitalar"	Nº de prontuários contendo Guia Pós Alta Hospitalar X100 total de prontuários analisados	1	4,00%	0,2000%
4	Percentual de Óbitos Institucionais analisados pela Comissão de Óbito	nº óbitos ocorridos no mês X100 nº óbitos analisados pela Comissão de Óbito	1	4,00%	0,2000%
TOTAL (PARCIAL 2)				16%	0,80%
TOTAL GERAL (PARCIAL 1 + 2)				70%	3,50%

4. 3 - Indicadores de Produção para Hospital Evandro Freire – 05 (CINCO)

indicadores –

A nova configuração de leitos para o período será:

HMEF - Distribuição dos leitos x produção esperada					
INTERNAÇÃO	LEITOS	TX. OCUPAÇÃO %	TMP - dias	SAIDAS /MÊS	SAIDA S/ANO
NÚMERO DE LEITOS DE INTERNAÇÃO CLÍNICA	40	95	8	144	1.734
NÚMERO DE LEITOS DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA	18	95	7	74	892
NÚMERO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL	15	95	18	24	289
NÚMERO DE LEITOS CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO	20	95	10	58	694
NÚMERO DE LEITOS DE UNIDADE INTERMEDIÁRIA	10	95	10	29	347
TOTAL DE LEITOS	103	95	9,86408	330	3.955

Consequentemente, a concessão da pontuação é baseada no número de altas mensais efetuadas e será distribuída do seguinte modo :

1 – [70%;95%] das metas – 18% do total de 5% da variável ou 0,9% do valor total

2 – [95%] das metas – 30% do total de 5% da variável ou 1,5% do valor total

Os indicadores de Produção do Hospital Evandro Freire, estão elencados no quadro abaixo e é calculado pelo número de saídas mensais, por tipo de leito, verificados a cada mês.

O indicador é calculado comparando-se o número de saídas mensais de um determinado tipo de leito com o número de saídas mensais contratadas para este leito.




INDICADORES DE PRODUÇÃO - (PERCENTUAL A SER APLICADO NO VALOR TOTAL)									
INTERNAÇÃO	LEITOS	TX. OCUPAÇÃO %	TMP - dias	SAIDAS/ MÊS	SAIDAS /ANO	saídas mensais - >=70% e <=95%	PERCENTUAL A APLICAR SOBRE O TOTAL DO FATURAMENTO	saídas mensais >95%	PERCENTUAL A APLICAR SOBRE O TOTAL DO FATURAMENTO
NÚMERO DE LEITOS DE INTERNAÇÃO CLÍNICA	40	95	8	144	1.734	[101;137]	0,180%	>137	0,300%
NÚMERO DE LEITOS DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA	18	95	7	74	892	[52;71]	0,180%	>71	0,300%
NÚMERO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL	15	95	18	24	289	[17;23]	0,180%	>23	0,300%
NÚMERO DE LEITOS CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO	20	95	10	58	694	[40;55]	0,180%	>55	0,300%
NÚMERO DE LEITOS DE UNIDADE INTERMEDIÁRIA	10	95	10	29	347	[20;27]	0,180%	>27	0,300%
TOTAL DE LEITOS	103		9,69	330	3955		0,900%		1,500%
Percentual a incidir sobre os 5% da parcela variável							18,000%		30,000%

Devemos explicitar que visando dar suporte para aos atendimentos efetuados no CER-ILHA e as internações efetuadas no Hospital Evandro Freire, o complexo hospitalar da Ilha tem a obrigatoriedade de disponibilizar mensalmente, **sempre que necessário**, como - Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia - "SADT", os seguintes exames elencados a seguir com as respectivas **quantidades mensais**:

PROCEDIMENTOS	Exames mês	Exames ano
Patologia Clínica	24.000	288.000
Radiodiagnóstico	4000	48000
Ultrassonografia	400	4.800
Tomografia	1000	12000
Endoscopia digestiva alta e baixa	150	1.800
Broncoscopia	50	600
Eletrocardiografia	400	4.800
Ecocardiografia	200	2400
Hemodiálise	200	2.400
Anatomia Patológica	220	2640
TOTAL DE EXAMES	30.620	367.440

5 - 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.

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

A OS deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais da SUBHUE/Secretaria Municipal de Saúde – SMS, as seguintes ações:

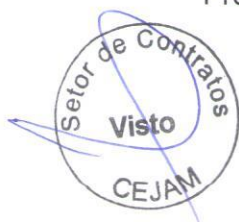
- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde das suas áreas de abrangência;
- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ;
- Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas 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 Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ.

6.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

6.1.1. 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 Secretaria Municipal de Saúde – SMS, juntamente com a FPO – Ficha de Programação Orçamentária.



6.1.2. 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.

O sistema 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.

Por meio desses registros 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; N. Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica, com o apoio de técnicos da SVS/SUBPAV.

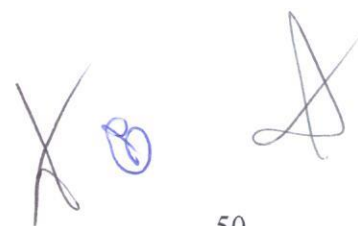
Os itens discriminados na tabela de avaliação serão analisados em datas comunicadas pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS/RJ, a partir do início de vigência do Contrato de Gestão.

Os relatórios gerais e específicos deverão ser entregues pela Organização Social até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente. Os relatórios de produção deverão ser diários com consolidados semanais entregues a SMS/SUBHUE/SUE.

6.1.3 Sistemas de Informações em Saúde

São sistemas de consultas a banco de dados de sistemas de informações em saúde, via internet, através do TABNET, tecnologia desenvolvida pelo DATASUS

SIH – Sistema de informações Hospitalares



SIA – Sistema de informações Ambulatoriais

SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Sistema de Informação de Nascidos Vivos e sobre Mortalidade

A Organização Social deverá manter atualizados os dados contidos no Sistema de informações Hospitalares – SIH/SUS, informando mensalmente a Secretaria Municipal de Saúde – SMS/SURCA todos os dados de produção e faturamento.

6.1.4 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.

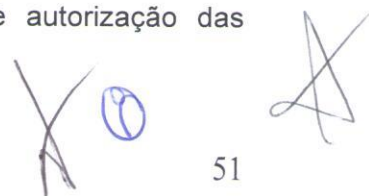
Este sistema é composto por dois módulos principais:

Central de Marcação de Consultas - CMC

Visa o atender ao processo regulatório dos procedimentos especializados como as consultas médicas e exames de média/alta complexidade e par tal utiliza sistema próprio de agendamento destes procedimentos

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 TÉCNICO II DO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE
ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO E AVALIAÇÃO
PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE
CER-CENTRO**



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

1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

O presente contrato de gestão tem como principal objetivo garantir a melhoria 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 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 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 Secretaria Municipal de Saúde - 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 a correção de possíveis desvios e para tanto será criada uma Comissão Técnica de Avaliação – CTA que articule e efetive o processo de acompanhamento e avaliação.

1.2. COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

A Comissão Técnica de Avaliação – CTA - realizará o acompanhamento e a avaliação do funcionamento e da qualidade assistencial dos serviços de saúde contratados, de



acordo com critérios, parâmetros e calendário previamente definidos por esta secretaria para a gestão da Organização Social.

A coordenação das reuniões da Comissão Técnica de Avaliação – CTA caberá a Subsecretaria de Gestão, através da Coordenadoria de Administração de Contratos de Gestão com Organizações Sociais (SUBG/CCGOS).

Sempre que necessários 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 Comissão Técnica de Avaliação – CTA.

1.3. COMPOSIÇÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento - CTA é constituída, no mínimo por 06 membros titulares e 03 membros suplentes, assim definidos:

Titulares

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

Suplentes

- 1 SUBG/CCGOS
- 2 SUBHUE
- 1 SUBGER

Os membros da Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA, titulares e suplentes, serão definidos e nomeados pelo Secretário Municipal de Saúde e publicados em Diário Oficial Municipal - DOM.

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 Secretaria Municipal de Saúde - 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 do quadro de indicadores de acompanhamento, avaliação e metas;
- Elaborar relatórios à Secretaria Municipal de Saúde - 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;
 - Indicadores de avaliação de desempenho destes serviços utilizando padrões estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde- SMS/RJ.
 - 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 outros níveis assistenciais;
 - Dispor de mecanismos que possibilite disponibilizar em tempo real as informações sobre os atendimentos, bem como as informações econômicas,



todas aquelas que a Secretaria Municipal de Saúde - SMS/RJ julgar como necessárias ao acompanhamento e avaliação do contrato de gestão.

- Implantar o ponto eletrônico e disponibilizar a Secretaria Municipal de Saúde - SMS/RJ 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 e com os Planos e Protocolos assistenciais da Secretaria Municipal de Saúde- SMS/RJ, bem como as Políticas de Saúde e Portarias do Ministério da Saúde e demais legislações em vigor.

2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

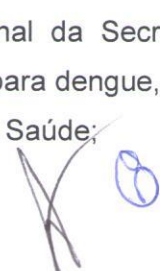
As referências que apóiam a boa prática clínica são:

- As melhores evidências disponíveis e aceitas de práticas clínicas baseadas em evidências;
- O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;
- Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros serviços no âmbito territorial;
- Protocolos e linhas de cuidados estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde- SMS/RJ SMSDC/RJ.

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 eletrônico;
- Uso de todos os outros registros da atividade assistencial necessários e indicados pela SMS/RJ;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente e Excepcional da Secretaria Municipal de Saúde - SMS, como no caso das capacitações para dengue, gripe A da Secretaria Municipal de Saúde - SMS/RJ e Ministério da Saúde;



- Respeito aos Planos: Municipal de Saúde, Complementares ou Excepcionais da Secretaria Municipal de Saúde- SMS/RJ;
- Respeito aos Planos de Emergências, Desastres e Contingências da SES/RJ e Secretaria Municipal de Saúde- SMS/RJ;
- Política nacional de Humanização - Protocolos da unidade sobre Acolhimento e Classificação de Risco, e sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais incidentes;
- Perfil definido da prescrição farmacêutica;
- Registrar os agravos de notificação compulsória - SINAN
- 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.

3 - 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, as Unidades de Urgência e Emergência, as UPA da região onde a



[Handwritten signature and initials]

Unidade está instalada, o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - PADI, a Superintendência dos Institutos nas questões relativas à assistência psiquiátrica e a Central de Regulação da Secretaria Municipal Saúde - SMS/RJ, bem como poderá contar com outros atores e parceiros componentes da rede assistencial.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:

- Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.
- Universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;
- Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- Protocolos, consensos clínicos e linhas de cuidado sobre Acolhimento e classificação de Risco e sobre as patologias e os processos que possam ser solucionados na Unidade;
- Utilização de forma responsável pelos profissionais de saúde das referências e contra referências estabelecidas;
- Acordos entre os profissionais sobre a informação clínica necessária 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.
- Observância por parte dos profissionais da disponibilização de informação clínica necessária para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico.

4 - INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS – Indicadores de Desempenho Assistencial, Indicadores de Gestão e Indicadores de Produção, os quais avaliarão a fatura 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 prolonga a necessidade de cuidado, de tratamentos e de cirurgias complementares.



Ao final de 12 meses de acompanhamento, a Secretaria Municipal de Saúde SMS/RJ juntamente com a OS, se achar necessário, 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 constante no Anexo I Termo de Referência do presente edital, caso haja queda na qualidade do atendimento em função de ação ou omissão imputável à administração da OS, a Comissão Técnica de Acompanhamento - 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.

A OS deve enviar trimestralmente mapas de acompanhamento à Comissão Técnica de Avaliação – CTA. Sempre que existirem incongruências entre os dados assistenciais da OS e os da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ cujos motivos de discordância não forem apurados, os dados registrados serão auditados pela SUBHUE.

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de **auditorias e ações de acompanhamento** que venham a ser determinadas pelos dados assistenciais da OS e os da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ ou pelo Ministério da Saúde.

Ao receber a parte variável a OS deverá elaborar um Plano para a Aplicação da Variável, a ser submetido à Secretaria Municipal de Saúde para validação. Caberá a Comissão Técnica de Avaliação – CTA aprovar o Plano de Aplicação da variável, garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão.



4.1 - Indicadores e Metas para a Coordenadoria de Emergência Regional - CER CENTRO

A CER CENTRO não é unidade hospitalar e, portanto não interna, possui apenas leitos de observação nos quais os pacientes devem permanecer até 24 horas. De tal forma que a permanência de um paciente por mais de 24 horas em observação na unidade deverá ser sempre justificada e o número do Sistema de Regulação – SISREG - deve ser sempre informado ou seja o paciente deve sempre ser colocado no SISREG. 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.

Entretanto, há uma exceção que são os 10 leitos de UTI Pediátrica os quais entrarão em funcionamento a partir de 1 de maio de 2014, visando dar cobertura a demanda, potencial, verificada no Município do Rio de Janeiro.

A fatura variável será avaliada por meio de 15 (quinze) indicadores e metas de produção, todos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ SMS na tabela abaixo.

Com relação aos **indicadores Desempenho Assistencial**, cada um dos de seus 12 componentes, corresponderá a **4% do total da variável de 5%** do valor do contrato a ser repassada, totalizando os **12 componentes 48% do total da variável de 5% do valor do contrato** a ser repassado. Com relação ao **Indicador Gestão**, cada um dos seus 04 componentes corresponderá a **4% do total da variável de 5% do valor do contrato** a ser repassada, totalizando seus **04 componentes 16% dos 5% do valor do contrato** a ser repassado. Com relação ao **Indicador de Satisfação do usuário**, cada um dos seus **02 componentes, corresponderá a 3% do total da variável de 5% do valor do contrato totalizando os 02 componentes 6% do total da variável de 5% do valor do contrato** a ser repassado.

Com relação ao **Indicador de Produção** há apenas 1 componente que se subdivide em duas etapas:

- 1 – [70%;95%] das metas – 18% do total de 5% da variável ou 0,9% do valor total**
- 2 – [95%] das metas – 30% do total de 5% da variável ou 1,5% do valor total**



das **metas de desempenho assistencial** que não for alcançado significará a perda de 5% dos 5% do valor do contrato a serem repassados, cada componente da **meta de gestão** que não for alcançado significará a perda de 5% dos 5% serem repassados e cada componente das **metas de satisfação** do usuário que não for alcançada significará perda de 5% dos 5% do valor do contrato a serem repassados e o componente do **indicador de produção** que não for alcançado significará a perda de 5% dos 5% a serem repassados

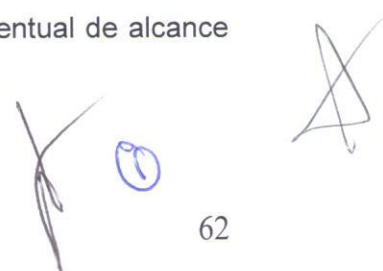
Para receber os 5% de repasse do valor total do contrato, a contratada terá que atingir 100% dos 15 indicadores avaliados.

INDICADORES E METAS QUE COMPÕEM A PARCELA VARIÁVEL	percentual a incidir sobre 5% do faturamento total	percentual a incidir sobre o faturamento total
DESEMPENHO ASSISTENCIAL	48,00%	2,40%
INDICADORES DE GESTÃO	16,00%	0,80%
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	6,00%	0,30%
INDICADORES DE PRODUÇÃO	[18%;30%]	[0,9%;1,5%]
PERCENTUAL TOTAL DA PARCELA VARIÁVEL	[88%;100%]	[4,4%;5%]

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

A cada período de três meses (trimestral) será realizada por parte da CTA da Secretaria Municipal Saúde/RJ a avaliação e pontuação dos indicadores que condicionam o valor de pagamento da variável de 5% do valor do contrato dos indicadores e metas do trimestre findo da CER CENTRO.

Como resultado da avaliação poderá ser gerado ajustes financeiros, tanto para menor quanto para maior, nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pela CER CENTRO.

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

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.

Deverá ser enviada em anexo uma planilha com as iniciais do paciente, data e hora da admissão, número do SISREG, diagnóstico, unidade de destino, data e hora da saída, por sala amarela adulto, amarela pediátrica, vermelha e observação individual. Caso a vaga não tenha sido cedida no período acima de 24 horas justificar, inclusive informando o tempo médio de permanência total em cada sala.

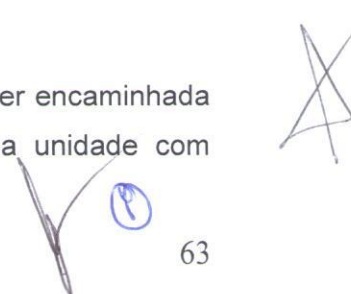
Deverá constar no texto o total de pacientes que embora tenha tido a vaga solicitada, esta não foi cedida pela central de regulação.

A SUBHUE disponibilizará à contratada a planilha de preenchimento obrigatório e envio semanal à SUBHUE, além daquela que alimenta o sistema de informação.

Com relação ao indicador taxa de mortalidade, devem ser excluídos os que chegando cadáver, não recebem nenhuma manobra de reanimação nem outros atos terapêuticos, mas inclui todos os falecimentos por qualquer causa ou natureza durante sua permanência nas unidades e em suas dependências (incluindo os deslocamentos para radiologia, ou outros meios diagnósticos).

Deverá ser implantada comissão de análise de óbitos logo no primeiro mês de funcionamento da unidade, que realizará reuniões mensais com o objetivo de avaliar e corrigir as possíveis fragilidades que possam ter ocorrido durante a permanência do paciente na unidade, devendo cada reunião gerar uma ata que deverá ser anexada ao relatório enviado a CTA, constando ainda as iniciais do paciente, diagnóstico, idade, horário de entrada e hora do óbito.

Com relação à trombólise no caso de IAM com supra de ST deverá ser encaminhada planilha com iniciais do paciente, idade, tempo entre a chegada a unidade com



provável diagnóstico e realização do ECG, os que foram submetidos e aqueles que não foram submetidos a trombólise. No caso de não realização da trombólise a unidade deverá informar e justificar o motivo da não realização.

Com relação Comissão de Avaliação de prontuários, a mesma deverá ser implantada já no primeiro mês de funcionamento da unidade, devendo constar o percentual de erros/falhas no preenchimento, como história clínica, exame físico, diagnóstico e encaminhamento. A análise pode 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.

Com relação ao índice de absenteísmo, deverá ser enviada planilha com os nomes dos profissionais faltantes e suas respectivas substituições (assinadas), quando houver. As substituições serão permitidas num prazo máximo de 4 horas a partir do horário de início do plantão. As horas correspondentes a profissionais não contratados, férias e licenças com mais de 15 dias não cobertas serão consideradas horas líquidas faltantes.

4.2 - INDICADORES DO CEIR-CENTRO

4.2.1. Desempenho Assistencial

A - Percentual de pacientes atendidos por medico.

Deverá ser demonstrado em planilha o total de pacientes acolhidos, classificados, atendidos por médico e redirecionados.

Objetivo: Objetivo: identificar necessidade e prioridade do paciente

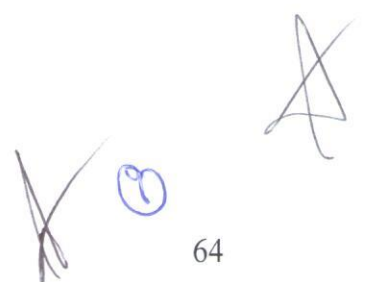
Meta: $\geq 70\%$

Fórmula: Número de atendimentos médicos x 100

Número Total de pacientes Acolhidos

Numerador: número de atendimentos médicos

Denominador: Total de pacientes acolhidos



B - Percentual de pacientes atendidos pelo médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro. Deverá ser demonstrado em planilha o total de pacientes classificados como vermelho, amarelo, verde e azul, assim como o tempo médio de espera entre a classificação de risco e o atendimento médico.

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

Meta: 100%

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

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

Pacientes classificado **Vermelho:** ≤ 15 minutos

Pacientes classificado **Amarelo:** ≤ 30 minutos

Pacientes classificado **Verde:** 1 hora

Pacientes classificado **Azul:** até 24h ou redirecionado a rede de atenção primária.

C - Tempo médio de permanência na emergência

Objetivo: manter o fluxo de alocação de pacientes.

Meta: Máximo de 24 horas

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



Numerador: N° 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 Coordenação de Emergência Regional 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. Deverá ser enviada em anexo uma planilha com as iniciais do paciente, data e hora da admissão, número do SISREG, diagnóstico, unidade de destino, data e hora da saída. Caso a vaga não tenha sido cedida no período de 24 horas justificar constando o tempo médio de permanência total em cada sala. Deverá constar no texto o total de pacientes que embora tenha sido solicitada a vaga, esta não foi cedida pela central de regulação.

D - Média de Permanência na UTI Pediátrica

Objetivo: Medir o tempo médio que um paciente permanece internado na UTI, manter o fluxo de alocação.

Meta ≤ 8 dias

Fórmula = $\frac{\sum \text{Número de pacientes / dia}}{\text{Número de saídas}}$

Numerador: $\sum$ N° de Pacientes/dia (total de leitos ocupados às 24 horas de cada dia do período analisado)

Denominador: Número de saídas (seja alta médica, a revelia ou por óbito)



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

Objetivo: Medir a taxa de óbitos ocorridos na unidade. 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: Número de óbitos com pacientes em observação $\leq$ 24h (sala amarela e vermelha) x 100

Total de saídas 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. Deverá ser encaminhada planilha onde deve contar: iniciais do paciente, diagnóstico, idade, horário de entrada e hora do óbito.

F - Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) $\geq$ 24h.

Objetivo: Medir a taxa de óbitos ocorridos na unidade. Mede indiretamente a capacidade e eficácia do Serviço de Urgências para resolver os casos que deveriam ter sido transferidos para unidade hospitalar.

Meta $< 7\%$

Fórmula: Número de óbitos com pacientes em observação $\geq$ 24h (sala amarela e vermelha) x 100

Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)

Numerador: Número de óbitos com pacientes em observação $\geq$ 24 hs (sala amarela e



vermelha).

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

Deverá ser encaminhada planilha onde deve contar: iniciais do paciente, diagnóstico, idade, horário de entrada e hora do óbito. Na reunião da comissão de óbitos deverá ser feita uma avaliação da assistência prestada a esses pacientes, com objetivo de avaliar e corrigir as possíveis fragilidades durante a permanência do paciente na unidade, considerando que os mesmos deveriam estar internados em leito hospitalar. O relatório relativo a essa avaliação deverá ser encaminhado junto com a ata mensal.

G - Taxa de Mortalidade ajustada pela gravidade em UTI pediátrico

Objetivo: Medir a mortalidade na UTI ajustada pela gravidade.

Meta = $SMR \leq 1$

Fórmula: PRISM

Deverá ser encaminhada planilha com os dados dos pacientes que estiveram na UTI, iniciais, idade, tempo de permanência e diagnóstico. Não podem estar na mesma planilha dos óbitos que ocorreram na emergência.

H - Percentual de pacientes com diagnóstico de Sepses com início de antibioticoterapia ≤ 2 horas

Deverá ser encaminhada planilha com as iniciais do paciente, idade, hora de entrada e horário de início da medicação.

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

Meta: 100%

Fórmula: Total de pacientes com antibióticos administrados em um tempo ≤ 2 horas na SEPSE x 100

Total de pacientes com diagnostico de SEPSE



Numerador: ☐ Total de pacientes com antibióticos administrados no período ≤ 2 horas no período analisado

Denominador: Total de pacientes com diagnóstico de SEPSE no mesmo período

Deverá ser enviada planilha com iniciais de cada paciente, data e hora da admissão e hora do início do antibiótico

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

Deverá ser encaminhada planilha com iniciais do paciente, idade diagnóstico, os que fizeram e os que não fizeram TC. Quando não for realizada a TC, justificar.

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

Meta: 100%

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

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

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

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

Deverá ser encaminhada planilha com iniciais do paciente, idade diagnóstico, os que foram submetidos e aqueles que não foram submetidos ao procedimento. Quando não for realizada a trombólise, justificar.

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



Handwritten signature and initials in blue ink.

Meta: 100%

Fórmula: Total de pacientes IAM com Supra de ST Trombolisados

Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST no período analisado

K - Índice de Infecção da Corrente Sanguínea relacionada a Cateter venoso Profundo.

Objetivo: Medir o índice de infecções na corrente sanguínea em pacientes que utilizaram cateter venoso central (CVP)

Meta = 5/1000

Fórmula = Número de Infecções na corrente sanguínea associadas a CVP

----- x 1000

Total cateter venoso central-dia

Numerador: Total de pacientes que apresentaram infecção em corrente sanguínea associada a cateter venoso profundo

Denominador: Total de dias de todos os pacientes que permaneceram com CVP no período considerado

L - Índice de Pneumonia Associada a ventilação Mecânica (VAP Precoce)

Objetivo: Medir o índice de pneumonia associada a ventilação mecânica em menos de 5 dias.

Meta = 8/1000

Fórmula = Número de pneumonias associadas a VAP (precoce)

----- x 1000

Total de dias de ventilação mecânica

Numerador: total de pacientes que apresentaram pneumonia em ventilação mecânica num período inferior a 5 dias



70

Denominador: total de dias de todos os pacientes em ventilação mecânica no período analisado

4.2.2 - Gestão

A - 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%

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

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 análise pode 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.

B - 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.

Deverá ser enviada planilha com os nomes dos profissionais faltantes e suas respectivas substituições, quando houver. As substituições serão permitidas num prazo máximo de 4 horas a partir do horário de início do plantão.

C - 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: $\frac{\text{Nº de Demissões} + \text{Nº de Admissões}}{2} \times 100$
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 ultimo dia do mês anterior ao período analisado

D - 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

4.2.3 - Satisfação usuário

A - 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: $\frac{\text{Nº de questionários preenchidos}}{\text{Total de pacientes em observação}} \times 100$

Numerador: somatório dos questionários preenchidos.

Denominador: Total de pacientes em observação na unidade no período

B - Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos

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

Meta: >85%

Fórmula: $\frac{\text{Nº de conceitos satisfeito e muito satisfeito}}{\text{Total de Respostas efetivas}} \times 100$

Numerador: Nº de conceitos ótimos – somatório das respostas com conceito.

Denominador: Total de respostas efetivas - número de questionários respondidos no período avaliado. (mínimo de 5% dos usuários atendidos na unidade, no período avaliado)



4.2.3.1 – Quadro Sinóptico dos Indicadores de Desempenho Assistencial, Gestão e Satisfação do Usuário

QUADRO SINOPTICO DOS INDICADORES PARTE VARIÁVEL DO CER-CENTRO					
INDICADORES	FÓRMULAS	META	% a incidir sobre o valor da variável	% a incidir sobre o valor total	
DESEMPENHO ASSISTENCIAL					
1	1.1 Percentual de pacientes atendidos por médico.	Número de atendimentos médicos x 100 / Numero Total de pacientes Acolhidos	≥ 70%	4,00%	0,2000%
2	Percentual de pacientes atendidos pelo médico após acolhimento e classificação de risco pelo enfermeiro.	Número de pacientes que foram atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco x100 / Total de pacientes classificados conforme protocolo de acolhimento e classificação de risco	100%	4%	0,2000%
3	Tempo médio de permanência na emergência	Σ Número de pacientes / dia Número de saídas	Maximo de 24 horas	4,00%	0,2000%
4	Média de Permanência na UTI Pediátrica	Σ Número de pacientes / dia Número de saídas	< 8 dias	4%	0,2000%
5	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤ 24h.	Número de óbitos com pacientes em observação ≤ 24h (sala amarela e vermelha) x 100 Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)	< 4%	4,00%	0,2000%
6	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	Número de óbitos com pacientes em observação ≥ 24h (sala amarela e vermelha) x 100 / total saídas de pacientes em observação (todas as salas)	< 7%	4%	0,2000%
7	Taxa de Mortalidade ajustada pela gravidade em UTI pediátrico	PRISM	SMR ≤ 1%	4,00%	0,2000%
8	Percentual de pacientes com diagnóstico de Sepses com inicio de antibioticoterapia ≤ 2 horas	Total de pacientes com antibióticos administrados em um tempo ≤ 2 horas na SEPSE x 100 / Total de pacientes com diagnostico de SEPSE	100%	4%	0,2000%
9	Índice de Infecção da Corrente Sanguínea relacionada a Cateter venoso Profundo	total de infecções de corrente sanguínea em pacientes submetidos a CVP x 1000 / total dias de todos os pacientes que permaneceram com CVP no período considerado	≤ 5/1000	4,00%	0,2000%
10	Índice de Pneumonia Associada a ventilação Mecânica (VAP Precoce)	total de pneumonias em pacientes com VAP com inicio em período considerado x1000 / total de dias de todos os pacientes em ventilação mecânica no mesmo período analisado	≤ 08/1000	4%	0,2000%
11	Percentagem de tomografias realizadas em pacientes com Acidente Vascular Encefálico - AVC	Total de pacientes com AVC que realizaram TC / Total de pacientes com diagnóstico de AVC	100%	4,00%	0,2000%
12	Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio – IAM com supra de ST.	Total de pacientes IAM com Supra de ST Trombolizados / Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST no período analisado	100%	4%	0,2000%
TOTAL (PARCIAL 1)			48%	2,400%	

GESTÃO					
1	Percentual de Boletim de Atendimento de Emergência - BAE dentro do padrão de conformidades.	Total de BAE dentro do padrão de conformidades / Total de BAE analisados	> 90%	4,00%	0,2000%
2	Índice de absenteísmo por categoria profissional.	Horas líquidas faltantes X 100 / Horas líquidas disponíveis	< 3%	4%	0,2000%
3	Taxa de turn-over	Nº de Demissões + Nº de Admissões / 2 x100 / Nº de Funcionários ativo (no último dia do mês anterior	≤ 3,5	4,00%	0,2000%
4	Treinamento hora homem	Total de horas homem treinados no mês / Número funcionários ativos no período	> 1,5	4%	0,2000%
TOTAL (PARCIAL 2)				16%	0,80%
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO					
1	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	Nº de questionários preenchidos x100 / Total de pacientes em observação	>15%	3,00%	0,1500%
2	Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos	Nº de conceitos satisfeito e muito satisfeito x100 / Total de Respostas efetivas	:>85%	3,00%	0,1500%
TOTAL (PARCIAL 3)				6%	0,30%
TOTAL GERAL (PARCIAL 1 + 2)				70%	3,50%

4.2.4 - Indicador de Produção para o CER-CENTRO – 01 (UM) – a concessão será distribuída do seguinte modo:

1 – [70%;95%] das metas – 18% do total de 5% da variável ou 0,9% do valor total

2 – [95%] das metas – 30% do total de 5% da variável ou 1,5% do valor total

O indicador de Produção do CER-CENTRO, está elencado no quadro abaixo e é calculado pelo número de saídas mensais, por tipo de leito, verificados a cada mês.

O indicador é calculado comparando-se o número de saídas mensais de um determinado tipo de leito com o número de saídas mensais contratadas para este leito.






INDICADORES DE PRODUÇÃO - (PERCENTUAL A SER APLICADO NO VALOR TOTAL)

INTERNAÇÃO	LEITOS	TX. OCUPAÇÃO %	TMP - dias	SAIDAS /MÊS	SAIDAS/ ANO	saídas mensais - >=70% e <=95%	PERCENTUA L A APLICAR SOBRE O TOTAL DO FATURAMEN TO	saídas mensais >95%	PERCENTUAL A APLICAR SOBRE O TOTAL DO FATURAMENTO
NÚMERO DE LEITOS CTI									
PEDIÁTRICA	10	95	8	36	433	[25;34]	0,90%	>34	1,50%
TOTAL DE LEITOS	10	95	8	36	433		0,90%		1,50%
Percentual a incidir sobre os 5% da parcela variável							18,000%		30,000%

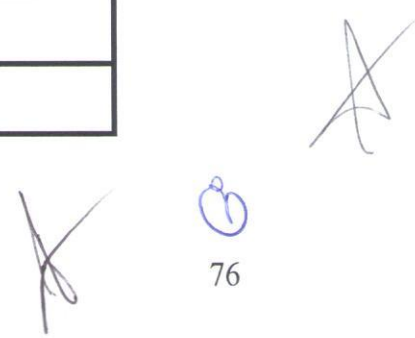
5 – Serviço de Apoio a Diagnose e Terapêutica - SADT

Devemos explicitar que visando dar suporte para aos atendimentos efetuados no CER-CENTRO e as internações efetuadas no CTI Pediátrico, o CER-CENTRO tem a obrigatoriedade de disponibilizar mensalmente, **sempre que necessário**, como - Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia - “SADT”, os seguintes exames elencados a seguir com as respectivas **quantidades mensais**:

SADT para o Pronto Atendimento e perfil assistencial

A CER CENTRO deverá contar com SADT funcionando nas 24h do dia e o mesmo deverá ser compatível com o perfil de atendimento e com o objeto do serviço a ser prestado. E deverá contemplar minimamente os exames e procedimentos listados abaixo, além daqueles determinados pela SMS, como atinentes ao perfil da unidade.

CER CENTRO - SADT e Perfil Assistencial - DESCRIÇÃO
Consulta por profissional de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico)
Atendimento de urgência com observação até 24 h
Remoção em ambulância
Consulta médica
Administração de Medicamentos por paciente
Oxigenoterapia

Inalação / Nebulização
Sutura/Curativo
Eletrocardiograma
Tempo de Coagulação
Tempo de Sangramento
Dosagem de Ácido Úrico
Dosagem de Amilase
Dosagem de Bilirrubina
Dosagem de Cálcio
Dosagem de Cloreto
Dosagem de Creatinina
Dosagem de Creatinofosfoquinase (CPK)
Dosagem de Creatinofosfoquinase Fração MB (CKMB)
Dosagem de Desidrogenase Lática (DHL)
Dosagem de Fosfatase Alcalina
Dosagem de Fósforo
Dosagem de Gama GT
Dosagem de Glicose
Dosagem de Lactato
Dosagem de Lipase
Dosagem de Magnésio
Dosagem de Hemoglobina
Dosagem de Potássio
Dosagem de Proteínas Totais e Frações

Dosagem de Sódio
Dosagem de Ureia
Hematócrito
Contagem de plaquetas
Hemograma Completo
VHS
HIV-1 (Qualitativo)
Proteína C Reativa Quantitativa
Troponina
Protrombina
Hemocultura
Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTP)
Tempo de Protrombina (TAP)
Glicemia Capilar
Teste Rápido HIV
TGO
TGP
Gasometria
BAAR – Baciloscopia
Coagulograma
BHCG(*)
Exames Radiológicos com aparelho de mesa e com aparelho portátil
Rotina de Urina





(*) esses exames não serão feitos de rotina, o BHCG quando realizado deve ser devidamente justificado e a justificativa deve ser aprovada pelo coordenador médico da unidade. A hemocultura não deve ser usada como rotina, e quando realizada deve ser devidamente justificada e a justificativa deve ser aprovada pelo coordenador médico da unidade.

5.1 - SADT para a Unidade de Terapia Intensiva - UTI

Os exames para os pacientes internados na UTI, estão considerados dentro das internações e deverão ser realizados todos os exames previstos na tabela SUS.

5.1.1 - O suporte de procedimentos diagnósticos e terapêuticos em sua demanda de alta complexidade, naqueles que a CER não dispor de estrutura ou equipamentos como Centro Cirúrgico, Tomografia e outros, será disponibilizado pelo Hospital Municipal Souza Aguiar.

Produção da Unidade fechada de terapia intensiva da CER Centro

A produção da Unidade fechada de terapia intensiva deve estar de acordo com a tabela abaixo:

Especialidade	Leitos ^a	Taxa Ocup ^b	TX Perm ^c	Saídas/ Ano ^d	Saídas/ mensal ^e
Unidades Fechadas					
CTI Pediátrico	10	95%	8	433	36
Total					

Memória de cálculo: Saídas/ano(d) = (a X b) X (365/c)

Saídas/mensal (e) = d/12

6 - 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.

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

A OS deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais da SUBHUE/ Secretaria Municipal de Saúde – 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 Secretaria Municipal de Saúde – 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 Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ.

8. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

8.1.1. 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 Secretaria Municipal de Saúde – SMS, juntamente com a FPO – Ficha de Programação Orçamentária.



8.1.2. 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.

O sistema 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.

Por meio desses registros 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; N. Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica, com o apoio de técnicos da SVS/SUBPAV.

Os itens discriminados na tabela de avaliação serão analisados em datas comunicadas pela Secretaria Municipal de Saúde - 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 10º (décimo) dia útil do mês subsequente. Os relatórios de produção deverão ser diários com consolidados semanais entregues a SMS/SUBHUE/SUE.

8.1.3 Sistemas de Informações em Saúde

São sistemas de consultas a banco de dados de sistemas de informações em saúde, via internet, através do TABNET, tecnologia desenvolvida pelo DATASUS

SIH – Sistema de informações Hospitalares



SIA – Sistema de informações Ambulatoriais

SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Sistema de Informação de Nascidos Vivos e sobre Mortalidade

A Organização Social deverá manter atualizados os dados contidos no Sistema de informações Hospitalares – SIH/SUS, informando mensalmente a Secretaria Municipal de Saúde – SMS/SURCA todos os dados de produção e faturamento.

8.1.4 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 Marcação de Consultas - CMC

Visa o atender ao processo regulatório dos procedimentos especializados como as consultas médicas e exames de média/alta complexidade e par tal utiliza sistema próprio de agendamento destes procedimentos.

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.

8.1.5 - 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.

9 - ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A OS deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais da SUBHUE / Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ, 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 Secretaria Municipal de Saúde – 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 Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ.

9.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

9.1.1 - 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/alterações devem ser Remetidas também mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ.

9.1.2 - 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.

O sistema 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.

Por meio desses registros e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, informações são fornecidas 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 registrou 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, com o apoio de técnicos da SVS /SUBPAV.

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



Os relatórios gerais e específicos deverão ser disponibilizados de acordo com o já orientado no presente edital. Os relatórios de produção deverão ser diários com consolidados semanais entregues a SUBHUE/SMS/RJ.

9.1.3 - 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 Marcação de Consultas (CMC)

Visa atender ao processo regulatório dos procedimentos especializados como as consultas médicas e exames de média e alta complexidade e para tal, utiliza sistema próprio de agendamento destes procedimentos.

- 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 interface entre as Centrais de Regulação e as Unidades Solicitantes e Executantes.

