

Secretaria de
Estado da
Saúde



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE PERFORMANCE

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

1.1. O presente Termo de Referência tem por **objeto a contratação emergencial de instituição sem fins lucrativos qualificada como Organização Social em Saúde, visando à celebração de Contrato de Gestão para o gerenciamento, operacionalização e a execução dos serviços assistenciais, regime 24 horas/dia, no Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorim (HEJA)**, localizado à Avenida Dioni Gomes Pereira da Silva, S/N, Aeroporto, CEP 76330-000, Jaraguá, Goiás, pelo período de até 180 (cento e oitenta) dias ou até a conclusão de novo chamamento público.

1.2. Considerando:

a. Despacho nº 12/2021 - GAB (v. 000017560786), o qual o Gestor da Pasta determina a contratação, em caráter emergencial, de Organização Social para o gerenciamento, operacionalização e execução das atividades no Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorim (HEJA). Processo SEI nº (202000010044353).

2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

Visando apresentar os elementos que demonstrem a vantajosidade do modelo de gestão adotado por essa Secretaria de Estado da Saúde, desde 2012, a Superintendência de Performance (SUPER) vem constantemente empreendendo estudos técnicos pertinentes ao tema.

Assim, pontuando que para Ibañez et al. (2001), o modelo internacional de Reforma do Estado provocou, no Brasil, experiências inovadoras na administração pública com o objetivo de assegurar maior flexibilidade gerencial no que diz respeito à compra de insumos e medicamentos, à contratação e substituição e/ou dispensa dos recursos humanos, à gestão financeira de tais recursos, além de priorizar aspectos relativos ao resultado da atenção, à satisfação do usuário e à qualidade dos serviços ofertados e praticados.

Os autores afirmam que o contrato de gestão permite a definição de compromissos para a instituição, o apoio à modernização da gestão com a redefinição da missão da instituição, identificação precisa dos clientes a serem atendidos, assim como dos produtos a serem entregues, além dos objetivos e metas, com a delimitação da estrutura organizacional e tecnológica, além de possibilitar o desenvolvimento de metodologias de planejamento, avaliação de desempenho, recursos humanos, custos e regulamentação específica para o investimento. Assim, o contrato traria a previsão de multas, resultados, prestação de contas, processos de fiscalização, dentre outros aspectos que corroboram com a eficiência da gestão.

Tibério *et al.* (2010) chamam a atenção para a "flexibilidade administrativa" do modelo de Organização Social de Saúde (OSS), usando como exemplo o Hospital Geral do Grajaú. Sinalizam pela

garantia de flexibilidade no gerenciamento dos recursos humanos e para a realização de compras. Pontuam que pelo fato da OSS não precisar se submeter a determinadas normas que disciplinam o serviço público, tal como na gestão direta, as contratações, aquisições e até mesmo demissões ocorrem de forma mais célere, atentando-se às necessidades de mudanças nas rotinas dos serviços.

No Estado de São Paulo, o modelo adotou a potencialidade da Organização Social na gestão estratégica, na modernização do serviço público, com atenção para a elevação da produtividade com qualidade. Para os pesquisadores, a definição de contratos com grupos de médicos especializados para a prestação da assistência à saúde foi uma inovação que assegurou maior qualidade e eficiência (IBAÑEZ et al., 2001). Nesta mesma linha de entendimento, Lins (2015) pontua que o modelo tem a capacidade de corroborar para a melhoria, seja quantitativa ou qualitativa, na prestação de serviços à população.

Viol (2018) apresenta que este modelo permite melhor custo-benefício sob a avaliação de vários indicadores. Cita estudo realizado no Estado de Saúde de São Paulo que teria avaliado 43 hospitais contendo os dois regimes de gestão (OSS e gestão direta), concluindo que o gerenciamento por meio da OSS chega a ser 52% mais produtiva e 32% mais barata para o Estado quando se compara com a administração direta.

Os hospitais cujo gerenciamento ocorre por OSS apresentaram desempenho 13% maior na taxa de ocupação, assim como tempo médio de permanência inferior, em dias, em 11,8%, demonstrando a maior eficiência, a maior produtividade e a melhoria da qualidade assistencial. Sob o ponto de vista econômico-financeiro, o custo médio de internação no modelo por OSS foi de R\$ 7,4 mil quando comparado ao montante de R\$ 10,9 mil na gestão direta. Esta diferença de 32% significa que em um hospital geral com volumetria média de 500 internações por mês, o custo será aproximado de R\$ 1,75 milhões, e R\$ 21 milhões por ano, o que poderia produzir, com o mesmo orçamento, cerca de 2.837 novas internações. O custo por paciente/dia na gestão por OSS foi 23% inferior à gestão direta, correspondendo a R\$ 1,24 mil e R\$ 1,6 mil, respectivamente (SOUZA, 2017).

Em análise comparativa de dois grupos de hospitais, de características semelhantes, as variáveis e os indicadores avaliados demonstraram maior produtividade, desempenho e qualidade no modelo de gestão por OSS do que na administração direta (MENDES & BITTAR, 2017).

Barbosa e colaboradores (2015) defendem que o modelo de OSS para os serviços de saúde públicos, dentre outras vantagens, destacam a flexibilidade no processo de aquisição de insumos e serviços, tal como no monitoramento e avaliação de desempenho de metas de referência em relação ao uso dos recursos.

Estudo conduzido por representantes do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina indicou que as OSS são mais eficientes do que os próprios hospitais sob administração direta no Estado, em razão dos seguintes aspectos: maior autonomia de decisões, definição de metas de produção, prestação de contas, maior exposição ao mercado e à concorrência, além da flexibilização dos recursos humanos. Assim, apesar da vantajosidade do modelo de gestão de OSS, Rodrigues e Sallum (2017) reforçam a necessidade dos gestores públicos acompanharem o desenvolvimento do modelo, estabelecendo critérios bem definidos e rígidos para a fiscalização dos contratos assinados.

Outrossim, em análise econométrica o referido Tribunal, em avaliação aos diferentes modelos de gestão nos hospitais daquele Estado, exibiram que hospitais gerenciados por OSS são, em média, 41,6 pontos percentuais mais eficientes e com produção global superior a 20% se comparados com hospitais sob administração direta, enquanto que hospitais com administração direta apresentaram despesas por leito superior a 30% se comparado com hospitais sob gestão com OSS. E complementa que: *“Em termos financeiros, a baixa eficiência dos hospitais de gestão própria corresponde a um desperdício anual de R\$ 671 milhões em recursos do Estado, o que equivale a dois hospitais regionais”*.

Bem como, um estudo realizado com 808 hospitais retirado do site do Instituto Brasileiro de Organizações Sociais (IBROSS), conduzido pelo o estudante Daniel Seabra Resende Castro Corrêa para o seu Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde na Universidade do Porto, comparou a eficiência dos modelos de Gestão dos hospitais Públicos Brasileiros.

Tal estudo apontou que "*aplicação da DEA com posterior análise estatística em hospitais gerais públicos brasileiros mostrou que os serviços cujo modelo de gestão enquadra-se como PJDPriv, como OSS e SSA*", apresentaram nível de eficiência significativamente superiores aos geridos por PJDPP, como Fundações e Empresas Públicas, e por PJDpub, como Administração Direta e Autarquias. Vejamos:

Os modelos de gestão foram classificados de acordo com a Pessoa Jurídica – PJ, agrupando características comuns nos campos de autonomia administrativa, gestão de pessoas, bens e serviços, mecanismos contratações e aquisições. **Os serviços enquadrados como PJ de Direito Privado, como Organizações Sociais e Serviço Social Autônomo, apresentaram nível de eficiência 5,2 % (p<0,05) superiores aos geridos por PJ de Direito Privado com derrogações de Direito Público, como Fundações Públicas e Empresas Públicas, e 8,4% (p<0,001) superiores aos geridos por PJ de Direito Público, como unidades de administração direta e Autarquias.** (grifo nosso)

A análise concluiu que as Organizações Sociais possuem maior autonomia administrativa e gerencial, regras de recrutamento de recursos humanos, legislação trabalhista e mecanismos de contratação mais ágeis, o que aumentam a eficiência dos hospitais públicos brasileiros, diferente da gestão pela "*Administração Pública Direta que apresentou baixa capacidade operacional, falta de autonomia administrativa, orçamentária e financeira, falta de controles de qualidade, influência política externa, burocracia excessiva nas contratações de recursos humanos, além da limitação a expansão e qualificação do quadro de pessoal (Junior et al., 2012; Ravioli et al., 2018)*".

Através de estudo comparativo que teve por objetivo analisar o processo de implementação das organizações sociais de saúde (OSS), no Estado de São Paulo, focalizando no papel desempenhado por fatores como autonomia administrativa e financeira, direcionamento proposto pelo contrato de gestão e o emprego de instrumentos e práticas gerenciais inovadoras, como fatores que condicionam o ganho de eficiência destas (OSS) frente às unidades da administração direta (AD), Nelson Bezerra Barbosa e Paulo Eduardo Mangeon Elias, concluíram que:

Os resultados e discussão apontam para o papel da autonomia administrativa e financeira frente ao processo de aquisição de bens e serviços, bem como na contratação de recursos humanos, no melhor desempenho do HOSS frente ao HAD. Indicam, ainda, que o contrato de gestão possibilita, por meio da definição de objetivos e metas a serem alcançados, uma melhor estruturação dos processos de trabalho e a utilização de tecnologias gerenciais inovadoras. Para além de qualquer inferência sobre a ineficiência do setor público, o que o trabalho pretende assinalar é a necessidade de que as inovações propostas por experiências como estas possam ser apropriadas e implementadas, observados dois aspectos centrais - os ganhos de eficiência e a preservação do interesse público.

[..]

O nível de autonomia administrativa e financeira concedido às OSS, tanto para aquisição de bens e serviços quanto para contratação de recursos humanos, permite que, dentro dos limites orçamentários estabelecidos, sejam feitos todos os arranjos institucionais que garantam o melhor uso possível dos recursos destinados. A aquisição de bens e serviços está condicionada exclusivamente à observância do preconizado pelo regulamento de compras estabelecido para este tipo de organização.

A simplificação desse processo permite que o abastecimento da unidade hospitalar sob este regime de gestão (OSS) seja feito em intervalos menores e focado nas necessidades de consumo para o período, gerando maior rotatividade no estoque com menor ativo imobilizado. Ter processos simplificados, com uma pequena quantidade de estações de trabalho, além da agilidade na execução da tarefa, tende a torná-la menos dispendiosa.

[..]

No âmbito dos modelos de gestão adotados no setor saúde em São Paulo (organizações sociais e administração direta), as formas de ordenamento jurídico apresentam desdobramentos em relação aos limites e possibilidades quanto à gestão do trabalho em suas diversas dimensões - recrutamento, seleção, contratação, administração e controle, progressão funcional, entre outras - que impactam sobre a utilização da capacidade instalada de RH.

No âmbito da gerência dos hospitais que operam sob o modelo de administração direta, predomina uma situação de baixa autonomia em relação ao controle sobre os RH, que combina limites na capacidade de regulação do sistema, controle de gastos com pessoal decorrente da observância da Lei de Responsabilidade Fiscal e uma gestão centralizada de vários elementos que compõem a política de RH (recrutamento, seleção, incentivos ao desempenho, sanções administrativas).

Nas unidades da administração direta (AD), os limites institucionais para implantação e implementação da política de RH estão relacionados ao condicionamento estabelecido por instrumentos que regulam os gastos públicos, que incluem tetos para gastos com pessoal, além de uma legislação que define a forma de ingresso e permanência no serviço público. Predomina nestas organizações a forma de seleção por meio de concurso público, que abrange 80% dos profissionais da unidade investigada. Esta forma de contratação, entretanto, depende de autorização da área econômica, que observa, além dos limites legais para gasto com pessoal, critérios próprios para alocação de recursos que nem sempre levam em consideração a relevância do setor saúde para o desenvolvimento de um país, estado ou região, mas apenas os gastos envolvidos com a oferta de serviços.

As limitações quanto ao gerenciamento das relações de trabalho, no âmbito das unidades da administração direta, são evidenciadas, ainda, nos aspectos relativos ao controle sobre os processos de descontração, bem como ao da progressão funcional, com implicações sobre os níveis de eficiência destas organizações, considerando a forma burocratizada como estas questões são tratadas.

[...]

A taxa média de ocupação apresenta convergência em relação aos resultados para o ano de 2002. Entretanto, o valor médio para os anos comparados revela uma diferença em favor da OSS (85%), em relação à unidade da AD (79,5%). A meta estabelecida para as OSS, para o ano de 2001, era de uma TMO de 75%, segundo o contrato de gestão. O acompanhamento dos resultados tem permitido a negociação do ajuste das metas entre os contratantes.

[...]

A discussão sobre a relação entre as informações levantadas e a hipótese do trabalho sugere que: a autonomia administrativa e financeira para provisão de bens e serviços e administração de pessoal interfere sobre o desempenho das duas unidades, com vantagem para a OSS. A capacidade de decidir sobre a organização da infraestrutura dos serviços e estruturá-la segundo critérios de eficiência e eficácia de forma desburocratizada permite uma melhor alocação de tempo e atenção a uma agenda de prioridades.

Assim, o referido estudo aponta para as possibilidades e limites de desenvolvimento da administração direta (AD), pela incorporação de tecnologias gerenciais implementadas no âmbito das organizações sociais de saúde (OSS).

A SUPER, em processo de natureza similar, instaurado e instruído para a execução de Chamamento Público para gerenciamento de unidade de saúde (201900010038795), dispôs, em acréscimo, os seguintes estudos:

O próprio **Presidente do Tribunal de Contas da União**, José Mucio Monteiro Filho, no introito do Manual de Boas Práticas na Gestão de Parceira com o Terceiro Setor na Saúde (2018) explana:

Os avanços obtidos na saúde pública com o avanço do SUS são notórios. O Sistema Único é um dos principais artífices da significativa evolução da expectativa de vida no nosso país e seus serviços são oferecidos nos mais longínquos rincões. Entretanto, um sistema tão ousado, em um país continental e com uma população que passa de 200 milhões de habitantes, traz enormes desafios.

Uma das iniciativas adotadas na busca da integralidade, universalidade e melhoria na qualidade das ações de saúde é a **contratação de organizações sociais para prestação desses serviços** (ênfase acrescida).

Humberto Lucena Pereira da Fonseca (2018), consultor legislativo do Senado Federal, Secretário de Saúde do Distrito Federal (2016-2018) no artigo intitulado "Tornou-se inviável fazer saúde pública por Administração Direta" discorre:

O Distrito Federal oferece serviços públicos de saúde basicamente por administração direta. Isso cria uma **série de dificuldades**: para **contratar pessoal**, para **comprar medicamentos** e **insumos** e para **realizar serviços de manutenção**, o que muitas vezes acarreta falta de determinados exames e equipamentos. São obstáculos que precisamos superar quase cotidianamente.

Dou aqui um exemplo eloquente. No Distrito Federal, cada licitação feita pela Secretaria de Saúde **demora oito meses para ser realizada**. Não é só isso: quando são feitas pela administração direta, ou seja, a maioria dos casos, 20% delas fracassam e 14% são desertas... **Quem perde com isso** é quem mais precisa dos serviços prestados pelo Estado: os **pacientes, sobretudo os mais pobres**.

[...]

É por razões como essas que modelos **descentralizados de gestão** estão crescendo no país. No nosso caso, a partir da boa experiência do Hospital da Criança (que tem 97% de satisfação dos usuários e funcionários), tentamos expandir a modelagem de parceria com organizações sociais para outras áreas e outros equipamentos de

saúde do Distrito Federal, como por exemplo, as UPAs (Unidades de Pronto-Atendimento) e os serviços de atenção primária na Ceilândia.

[...] É importante registrar que, muitas vezes, para a contratação de organizações sociais são **exigidos requisitos adicionais** que vão além do que a legislação estabelece, criados, por exemplo, por autoridades de controle (ênfase acrescida).

Ricardo de Oliveira (2018), Secretário de Saúde do Espírito Santo entre 2015 à 2018, na mesma linha de raciocínio, apresenta:

'Gerir é tomar providências para que os resultados ocorram.' Nesse sentido, **é imperativo constatar que organizações sociais têm muito mais agilidade** e, portanto, **facilidade no processo de tomada de decisões e de providências** necessárias para a melhor prestação dos serviços de saúde. É inquestionável que elas permitem **entregar mais** atendimento e **ampliar** o acesso da população, com mais **eficiência** na utilização de recursos sempre escassos. São, pois, modelos de gestão que promovem maior **qualidade do gasto público**.

[...]

O Estado brasileiro não pode se afastar de seus desígnio, que é prestar serviços. Se não consegue, se tem dificuldade, alguma coisa está errada e nós temos que enfrentar. O objetivo final não é controlar; é atender bem as pessoas (ênfase acrescida).

Francisco de Assis Figueiredo (2018), Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde apresenta dado de extrema relevância:

A minha experiência no Ministério da Saúde possibilita afirmar que transparência e eficiência permitem uma gestão objetiva e com maior qualidade de atendimento. Exemplificando, colocamos em prática uma estratégia para **reduzir a superlotação dos serviços de emergência dos hospitais do SUS** - a metodologia Lean - que gera racionalização de procedimentos, redução dos desperdícios, foco na produtividade e no usuário final. A implementação começou no Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de Porto Alegre. [...] Depois expandimos a iniciativa para mais seis hospitais: **Hospital de Urgências Governador Otávio Lage, em Goiânia** [...]. Naquele momento, todos estavam com emergências lotadas [...] Os pacientes passaram a ter melhor atendimento e o tempo de superlotação foi reduzido numa média de ... **44% em Goiânia** (ênfase acrescida).

Esta situação perdura até o presente momento, posto que a Organização Social responsável pela gestão da Unidade tem mantido os fluxos de atendimento da Instituição, sendo unidade de referência para o trauma no Estado de Goiás, tendo, inclusive, recebido o selo de Acreditação ONA 2 - [Acreditado Pleno](#), recentemente, situação desconhecida dentro das unidades próprias sob gestão direta neste Estado.

Marcelo André Barboza da Rocha Chaves (2018), auditor federal do Controle Externo, já tendo executado a função de secretário de Controle Externo da Saúde do TCU, é categórico ao pontuar:

Neste contexto, a contratação de organizações sociais para prestação de serviços públicos de saúde já é ponto pacífico e inquestionável. Nos últimos anos, vários trabalhos desenvolvidos no âmbito do TCU ratificaram este entendimento e podem sempre servir de bom paradigma para futuras contratualização do poder público junto ao terceiro setor.

A esse exemplo, pode-se citar a Policlínica Regional - Unidade Posse, a qual visa atender um vazio existencial de serviços secundários de média e, até mesmo, de alta complexidade, em uma região extremamente distante dos grandes centros urbanos, marcada pela dificuldade financeira e que teve tempo exíguo entre a assinatura de seu Contrato de Gestão e a abertura da unidade para funcionamento, o que pressupõe, inclusive, contratação de recursos humanos, aquisição de materiais e insumos, além de toda uma estruturação da logística para o atendimento humanizado, universal e gratuito que, minimamente, demoraria tempo superior para ver iniciadas as suas atividades.

Rodrigues e Sallum (2017), no estudo intitulado *Análise Econométrica da Eficiência dos Hospitais Estaduais de Santa Catarina: um comparativo entre modelos de gestão*, empreendido pelo Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, já citado no Despacho retro, afirma que:

os resultados do modelo demonstram que, no geral, os hospitais geridos por OSS são mais eficientes que os hospitais geridos diretamente pelo Estado. Dos seis mais eficientes, cinco são hospitais geridos por OSS. Eles, portanto, conseguem oferecer **mais serviços com menos insumos**. [...] Para estimar o custo da ineficiência hospitalar, uma análise por simulação chegou à conclusão de que, num cenário em que a eficiência dos hospitais próprios é a mesma dos hospitais geridos por OSS, a população de Santa Catarina teria um aumento da oferta de produção hospitalar relativa ao dobro da produção hospitalar de 2016 do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes.

José Iran Júnior (2018), Secretário de Saúde de Pernambuco (2015-2018) relata a própria experiência profissional:

[...] Quando assumi o Hospital do Câncer de Pernambuco, recebi determinação do Ministério Público Estadual para dobrar o número de leitos de UTI e contratar novas equipes de médicos. Difícil, mas não impossível:

fechamos um acordo e levei **pouco mais de 30 dias** para cumprir as exigências naquela instituição, que funciona como OS.

Quando fui chamado para ser secretário de Saúde de meu estado, em 2015, encontrei nova cobrança do Ministério Público pernambucano, feita pela mesma procuradora, com teor similar ao imposto ao Hospital de Câncer. Durante **toda a minha gestão no governo**, lutei para cumprir a determinação. **Em vão**. Em média, leva-se 123 dias para fazer uma contratação na administração direta; os profissionais de saúde, infelizmente, fogem dela como o diabo da cruz. Ninguém aceita trabalhar sob condições ruins, com a cobrança às vezes excessiva dos órgãos de controle sobre os ombros (ênfase acrescida).

É indiscutível que o modelo de Contrato de Gestão impõe ao poder público **o planejamento dos serviços; a ampliação/redução da produção assistencial; a melhoria da qualidade dos serviços prestados; a previsão orçamentária dos recursos desembolsados; controle das atividades desenvolvidas; e transparência na gestão dos recursos públicos**. Quanto às responsabilidades das Organizações Sociais de Saúde, são exigidos a pontualidade, exatidão e confiabilidade dos dados gerados; avaliação quantitativa e qualitativa contínua; relação transparente e de confiança; a qualificação e constante aprimoramento das atividades; prestação de contas sobre os serviços realizados e responsabilização.

Pondera-se, ainda, no que tange à gestão dos hospitais que é inquestionável a **flexibilidade**, em termos de **recursos humanos e recursos materiais**, de que dispõem Organizações Sociais para adaptação aos diversos cenários em que estão inseridas. Tal fato ocorre devido às características do regulamento de compras e contratos utilizados pelas Organizações Sociais, que não estão sujeitos à Lei Geral de Licitações e ao Sistema de Administração de Serviços Gerais da União, como na administração estatal, sendo uma ferramenta a ser elaborada em cada organização.

O regime adotado pelas organizações sociais para gestão de recursos humanos é uma ferramenta importante, tendo em vista que matérias acerca do tema indicam como um dos fatores de maior destaque no novo padrão de administração de hospitais públicos. Os resultados examinados entre unidades pertencentes no quadro de OSS contratadas pela SES/GO, permitem verificar que o Estado apresenta gasto superior em recursos humanos em relação às Organizações Sociais de Saúde. A flexibilidade em relação às compras também é uma ferramenta relevante da administração por OSS, ampliando o poder de resposta às demandas mais imediatas em saúde. O fato das OSS inserirem práticas do setor privado na administração de hospitais públicos oportuniza, ainda, que seja utilizada uma gestão por resultados mais eficiente do que a administração estatal.

De uma forma mais específica para a realidade do Estado de Goiás, apenas a título exemplificativo, ainda se pode informar que no ano de 2019, a Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão/Gerência de Avaliação de Organizações Sociais/Superintendência de Performance (COMFIC/GAOS/SUPER) observaram incremento de produção, entre janeiro a dezembro daquele ano, de aproximadamente 9% nas saídas hospitalares (internações); 17% nas atividades ambulatoriais; e 12% nas cirurgias programadas das Unidades Hospitalares sob gerenciamento das Organizações Sociais, sem elevação do custo final das unidades.

Ademais, foi possível incrementar as ações e serviços nas Unidades, com redução e/ou manutenção dos valores de custeio, à exemplo das cirurgias programadas oftalmológicas que passaram a compor o Contrato de Gestão firmado com o Hospital Estadual Ernestina Lopes Jaime; as cirurgias de alto giro, inclusive na especialidade urológica no Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira.

É imperioso mencionar que a aprovação da qualidade dos serviços prestados nos hospitais pelos usuários apresenta índices "bom" e "excelente", conforme pesquisas de satisfação apuradas no monitoramento das unidades, sendo comprovado que o atendimento está sendo bem prestado.

Tal resultado é fruto da busca por padrões de excelência exigidos pela SES-GO aos Parceiros Privados. Ressalta-se que a **maioria das unidades hospitalares estaduais possuem acreditação em níveis 1 a 3**. A acreditação é um método de avaliação e certificação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde. Para ser acreditada, a unidade de saúde precisa comprovadamente atender aos padrões definidos pela instituição

certificadora, que são reconhecidos internacionalmente, sendo revista periodicamente para estimular a melhoria contínua.

Conforme se depreende das informações, **o modelo de gestão por Organização Social de Saúde apresenta vantagem em relação à Administração Direta**, permitindo maior eficiência econômica, especialmente dos custos das unidades hospitalares, além de promover eficiência administrativa e de resultado, qual seja a maior produção, com melhor desempenho e qualidade, o que **não isenta o aperfeiçoamento das normativas e procedimentos fiscalizatórios pelos órgãos de controle interno e externo.**

ANEXO I

HOSPITAL ESTADUAL DE JARAGUÁ DR. SANDINO DE AMORIN (HEJA)

1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome: Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA)

CNES: 2361949

Endereço: Avenida Dioni Gomes Pereira da Silva, S/N, Aeroporto, CEP 76330-000, Jaraguá, Goiás

Tipo de Unidade: Hospital geral de pequeno porte.

Gestão da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Funcionamento: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente.

2. CAPACIDADE INSTALADA

2.1. Estrutura

2.1.1. O HEJA possui a seguinte capacidade instalada:

Internação	Quantitativo de leitos
Cirúrgica	9
Obstétrica	2
Clínica	13
Cuidados Intensivos geral	10
Total de leitos de internação	34

2.1.2. O hospital irá dispor de salas específicas para o funcionamento do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) disponibilizando serviços de Imagenologia e Laboratorial aos usuários atendidos em regime de urgência/emergência, internação e atendimento ambulatorial.

2.1.3. A distribuição física poderá ser adequada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, com anuência prévia do **PARCEIRO PÚBLICO**, considerando, sempre a melhor distribuição para o atendimento assistencial dos pacientes relacionados ao perfil do referido hospital.

2.2. Recursos Humanos

2.2.1. **O PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

2.2.2. A Unidade deverá possuir um Responsável Técnico (RT), Médico e de Enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe.

2.2.3. O médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

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

2.2.5. Considerando o caráter emergencial da contratação, conforme Parecer ADSET nº 287/2019, será possibilitado aproveitamento, mediante contrato temporário, dos candidatos aprovados para o cadastro de reserva em processo seletivo já promovido por outras organizações sociais, que guardem semelhança com perfil demandado.

3. DEFINIÇÃO DO PERFIL DA UNIDADE

3.1. O **Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA)** será o Hospital geral de pequeno porte, com atendimentos clínicos, cirúrgicos e obstétricos.

4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. Linhas de Serviços

4.1.1. Para o funcionamento do **Hospital Estadual de Jaraguá Dr. Sandino de Amorin (HEJA)** serão consideradas as seguintes linhas de serviços e são importantes para a determinação do valor do repasse mensal:

- a) Internação: saídas hospitalares de pacientes clínicos, cirúrgicos e obstétricos;
- b) Cirurgias programadas;
- c) Atendimento ambulatorial: consultas médicas e SADT Externo.

4.1.2. Os Serviços de "Atendimento de Urgência e Emergência" e "Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) interno" são serviços inerentes ao funcionamento do hospital, não entrando como linha independente de contratação, mas sua produção deverá ser informada mensalmente.

4.2. Assistência Hospitalar

4.2.1. A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

4.2.1.1. Será de inteira responsabilidade pelo **PARCEIRO PRIVADO**: o fornecimento de materiais e medicamentos por ele prescrito, incluindo as órteses, próteses e materiais especiais.

4.2.2. A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados.

4.2.3. No processo de Hospitalização, estão incluídos:

- a) Assistência por equipe médica especializada.
- b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.
- c) Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.
- d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.
- e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.
- f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS – Sistema Único de Saúde.
- g) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS – Sistema Único de Saúde.
- h) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT que sejam requeridos durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS – Sistema Único de Saúde.
- i) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral, de acordo com listagem do SUS – Sistema Único de Saúde.
- j) Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista).
- k) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.
- l) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.
- m) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).
- n) Diárias na UTI - Unidade de Terapia Intensiva, se necessário.
- o) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000).
- p) Sangue e hemoderivados.
- q) Fornecimento de roupas hospitalares.
- r) Procedimentos especiais para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.
- s) Garantir a realização das cirurgias eletivas ou programadas e emergenciais, evitando cancelamentos administrativos (falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros) visando a segurança do paciente.
- t) Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME, com efetiva comprovação da utilização das OPME.
- u) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, de acordo com listagem do SUS - Sistema Único de Saúde, para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

4.3. Atendimento às Urgências Hospitalares

4.3.1. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea, e que sejam classificadas

conforme Acolhimento com Classificação de Risco nas cores amarelo, laranja e vermelho e/ou referenciadas pela Central de Regulação Médica Estadual.

4.3.2. O hospital deverá dispor de atendimento às urgências e emergências, atendendo à demanda que lhe for referenciada, bem como às demandas espontâneas, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

4.3.3. O hospital deverá manter serviço de acolhimento e classificação de risco (ACCR) conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, priorizando a internação de pacientes de especialidade e complexidade abarcadas pelo hospital, encaminhando pacientes de perfil diverso para outras Unidades de Saúde por meio da Central de Regulação Estadual.

4.3.4. Para efeito de produção contratada e realizada deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

4.3.5. Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

4.4. Atendimento Ambulatorial

4.4.1. O atendimento ambulatorial compreende:

- a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;
- b) Consultas subsequentes (retornos).

4.4.2. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Regulação Estadual ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

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

4.4.4. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

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

4.4.6. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das **07h às 19h, de segunda a sexta-feira**, nas especialidades descritas no quadro abaixo, conforme demanda da população de usuários do Hospital.

4.4.10. Especialidades Médicas mínimas ofertadas pelo Ambulatório do Hospital:

Quadro 01. Especialidades Médicas mínimas ofertadas pelo Ambulatório do HEJA

Cirurgia Geral
Ginecologia e Obstetrícia
Cardiologia (pré - operatório/ Risco cirúrgico)
Ortopedia

Obs.: A pediatria deverá ser mantida para os cuidados aos recém-nascidos nascidos no hospital.

4.5. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo

4.5.1. O hospital deverá disponibilizar vagas de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à Rede Assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pela Regulação Estadual.

4.5.2. O Procedimento de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo a ser ofertado: Raio-X, Ultrassom, Eletrocardiograma.

5. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

5.1. Caso, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, o **Hospital Estadual Sandino de Amorim (HEJA)** se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada por meio de Termo Aditivo ao presente contrato.

6. PROPOSTA DE MELHORIAS IMEDIATAS

6.1. Se constatada a necessidade de melhoria das condições estruturais e otimização da capacidade instalada, bem como possível aquisição de equipamentos, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar à SES/GO, em caráter imediato, após a assinatura do contrato de gestão, projeto de reforma emergencial para adequação do hospital. A proposta deverá contemplar as adequações na estrutura física, cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas estabelecidas pela Portaria nº 253/2019 SES/GO. O mesmo procedimento se aplica à solicitação de recursos financeiros para a aquisição de equipamentos emergenciais.

6.2. Após as devidas aprovações pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e/ou aquisição dos equipamentos necessários.

6.3. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

6.4. Para as solicitações emergenciais, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, número mínimo de 03 (três) orçamentos que deverão ser submetidos à análise da SES/GO, cronograma de aplicação, e, posteriormente, autorização desta para a execução pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

7. PRESSUPOSTOS E DEFINIÇÕES

7.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá definir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.

7.2. A Unidade deverá adotar Prontuário Único do Usuário, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento médico e equipe multiprofissional. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME.

7.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de serviços de informática com sistema para gestão hospitalar que contemplem no mínimo: exames, controle de estoques (almoxarifado, farmácia e nutrição), sistema de custos, prontuário médico (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº. 1.639/2002), serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitam ao Órgão Fiscalizador do Contrato/SES-GO acessar via Internet (WEB) as informações relacionadas ao Contrato de Gestão. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** a instalação da rede de informática, bem como a aquisição e/ou locação de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios à Secretaria de Estado da Saúde.

7.4. Havendo a disponibilização pelo **PARCEIRO PÚBLICO** de sistema de informação próprio para monitoramento, controle e avaliação, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** aderir ao sistema e permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do Sistema de Informação de Gestão Hospitalar.

7.5. A Unidade deverá desenvolver uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, assim como deverá implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE.

7.6. A Unidade deverá fornecer área adequada e mobiliada para descanso de servidores em regime de plantão.

7.7. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de um Núcleo de Manutenção Geral – NMG, que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica, bem como um Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos Sólidos na Unidade, e manter o Núcleo de Engenharia Clínica para o bom desempenho dos equipamentos.

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

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

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

- a) Os laboratórios prestadores de serviços aos hospitais da Rede do Estado de Goiás devem seguir fluxo de monitoramento de bactéria multirresistentes, incluindo a disponibilidade de cepas de bactérias.
- b) Garantir a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente.
- c) Alimentar o Sistema Segurança do Paciente - NOTIVISA e Controle de Infecção nos Serviços de Saúde - FORMSUS.
- d) Seguir a Nota Técnica ANVISA nº 03/2019 no que diz respeito aos Critérios de Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde para Notificações dos Indicadores Regionais.
- e) Realizar notificação e garantir o atendimento às vítimas de Acidente com Exposição a Material Biológico.

8. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará à Secretaria de Estado da Saúde toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

Relatórios contábeis e financeiros.

Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade.

Relatório de Custos em regime Trimestral.

Censo de origem dos pacientes atendidos.

Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes.

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

9. PRAZO DE VIGÊNCIA

9.1. O contrato celebrado com o **PARCEIRO PRIVADO** para a prestação dos serviços deste termo terá prazo de vigência de até 180 (cento e oitenta) dias ou até a conclusão de chamamento público.

10. DO VALOR DO CONTRATO DE GESTÃO

10.1. Do Repasse de Recursos Financeiros

10.1.1. O valor de repasse mensal perfaz um total de **R\$ 2.303.128,13** (dois milhões, trezentos e três mil, cento e vinte e oito reais, e treze centavos).

10.1.2. Para a vigência do Contrato de Gestão, 180 (cento e oitenta) dias, o valor estimado será de **R\$ 13.218.768,78** (treze milhões, duzentos e dezoito mil, setecentos e sessenta e oito mil e setenta e oito centavos).

11. DA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

11.1. A avaliação mensal será efetivada em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial até o dia 10 do mês subsequente. As informações mencionadas serão encaminhadas por meio de formulários definidos pela Secretaria Estadual de Saúde e por meio de registros no Sistema DATASUS do Ministério da Saúde.

11.2. A cada mês será realizada a consolidação dos dados do período com análise conclusiva para avaliação dos indicadores de produção e indicadores de desempenho.

ANEXO TÉCNICO II

ESTIMATIVA DE PRODUÇÃO

1. REGRA GERAL

1.1. **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE (considerada como parte fixa) de assistência oferecida aos usuários do **Hospital Estadual Sandino de Amorim (HEJA)**.

1.2. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado. Todavia, nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

1.3. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **Hospital Estadual Sandino de Amorim (HEJA)**:

- a) Internações hospitalares: saídas clínicas, cirúrgicas e obstétricas;
- b) Cirurgias programadas;
- c) Atividades ambulatoriais: consultas médicas, pequenos procedimentos e SADT Externo.

1.4. A produção de todos os atendimentos de Urgência e Emergência e o Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) interno não comporão metas a serem alcançadas, mas a produção deverá ser informada mensalmente à SES-GO.

2. INTERNAÇÕES HOSPITALARES: saídas clínicas, cirúrgicas e obstétricas

2.1. A Unidade deverá realizar **179 saídas hospitalares** mensalmente, com variação de $\pm 10\%$, nas seguintes especialidades: clínica, cirúrgica e obstétrica.

2.2. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado das internações hospitalares.

Saídas hospitalares	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	Total
Clínica	179	179	179	179	179	179	1074
Cirúrgica							
Obstétrica							

3. CIRURGIAS ELETIVAS

3.1. A Unidade deverá realizar **cirurgias eletivas** mensalmente nas quantidades e especialidades listadas abaixo, com variação de até $\pm 10\%$.

3.2. As cirurgias eletivas serão referenciadas pela Regulação Estadual da SES-GO, em observância ao perfil, capacidade e complexidade abarcados pelo HEJA:

Especialidade Cirúrgica	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	Total
Cirurgia Geral	20	20	20	20	20	20	120
Ginecologia							
Ortopedia							

4. ATIVIDADE AMBULATORIAL

4.1. A Unidade deverá realizar **consultas médicas ambulatoriais** nas quantidades listadas abaixo, com variação de até $\pm 10\%$.

Especialidades médicas	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	Total
Cirurgia Geral	1.800	1.800	1.800	1.800	1.800	1.800	10.800
Ginecologia e Obstetrícia							
Cardiologia (pré-operatório / risco cirúrgico)							
Ortopedia							

4.2. A Unidade deverá realizar **exames** a pacientes regulados (**SADT Externo**) nas quantidades e exames listados abaixo, com variação de até $\pm 10\%$.

SADT Externo	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	Total
Raio X	60	60	60	60	60	60	660
Eletrocardiograma	50	50	50	50	50	50	300
Ultrassonografia	50	50	50	50	50	50	300

5. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS (âmbito hospitalar)

5.1. A Unidade deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, com objetivo de atender todos os usuários provenientes tanto de demanda espontânea quanto de demanda referenciada, nas especialidades abaixo relacionadas.

Clínica Médica
Cirurgia Geral
Obstetrícia
Ortopedia

5.2. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado de urgência e emergência.

5.3. Os serviços do SADT Interno deverão ser informados à SES/GO para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

ANEXO TÉCNICO III **INDICADORES DE DESEMPENHO**

1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

2. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de desempenho definidos pela Secretaria de Estado, até o dia 10 (dez) do mês subsequente.

3. O quadro a seguir apresenta os indicadores que deverão ser enviados para análise do desempenho hospitalar.

Indicadores de Desempenho	Meta
1. Taxa de Ocupação Hospitalar	≥ 85%
2. Média de Permanência Hospitalar (dias)	≤ 5 dias
3. Índice de intervalo de substituição (dias)	≤ 0,88
4. Taxa de readmissão hospitalar (em até 29 dias)	≤ 20%
5. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
6. Percentual de suspensão de cirurgia programada por condições especiais	≤ 5%
7. Taxa de cesariana em primíparas	≤ 15%
8. Índice de APGAR de recém-nascidos vivos	> 7

1. Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação: relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período. Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula: [Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100

2. Média de Permanência Hospitalar (dias)

Conceituação: relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares. Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso

de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

Fórmula: [Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]

3. Índice de Intervalo de Substituição (dias)

Conceituação: Assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

Fórmula: [(100-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]

4. Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)

Conceituação: O indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente. O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100

Para o numerador são excluídas internações por câncer e obstetrícia, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente. Readmissões que terminam em morte também estarão incluídas no numerador. Para o denominador:

- 1) São excluídos casos de um dia, alta por morte, admissões na maternidade (com base na especialidade, tipo de episódio, diagnóstico), e aqueles com menção de um diagnóstico de câncer ou quimioterapia para o câncer.
- 2) São excluídos pacientes com menção de um diagnóstico de câncer ou quimioterapia em qualquer lugar, nos 365 dias antes da admissão.
- 3) Quando houver mais do que uma readmissão no prazo de 30 dias, cada readmissão é contada uma vez.

5. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

Conceituação: mede a relação de procedimentos rejeitados no Sistema de Informações Hospitalares em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fórmula: [Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100

6. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por qualquer motivo, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [Nº de cirurgias programadas suspensas/Nº de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

7. Taxa de Cesariana em Primíparas

Conceituação: mede a quantidade de cirurgias cesáreas ocorridas no primeiro parto em relação ao número total de partos em primíparas. A Taxa de Cesárea em primíparas é um indicador selecionado que deverá refletir a qualidade do processo assistencial em Obstetrícia.

Fórmula: $[N^{\circ} \text{ de cirurgias programadas suspensas} / N^{\circ} \text{ de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)}] \times 100$

Observação: Este indicador não será contabilizado para efeito de glosa, mas deverá ser informado mensalmente para efeito de monitoramento.

8. Índice de APGAR de recém-nascidos vivos

Conceituação: os valores registrados na escala de APGAR ao 1º e 5º minutos são importantes registros das condições de nascimento, assim como as eventuais manobras utilizadas durante a recepção da criança: se foi submetida à aspiração das vias aéreas superiores, se recebeu oxigênio inalatório, ventilação com pressão positiva, intubação traqueal e drogas. Esse exame é necessário a fim de determinar as condições respiratórias, cardiocirculatórias e malformações grosseiras. Essa avaliação global, inclusive da idade gestacional, permitirá ao profissional decidir qual o destino do recém-nascido (RN), se unidade de alojamento conjunto, intermediária ou de cuidados intensivos, além de nortear os cuidados específicos relativos à morbidade própria de cada grupo.

Deverá informar o APGAR do 1º minuto, mas, para efeito de indicador, considerar o informado no 5º minuto.

Este indicador não será contabilizado para efeito de glosa, mas deverá ser informado mensalmente para efeito de monitoramento.

¹MEDAUAR, O. **O direito administrativo em evolução**. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.



Documento assinado eletronicamente por **JOSE ROBERTO BORGES DA ROCHA LEAO**, **Superintendente**, em 12/01/2021, às 12:37, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **000017537867** e o código CRC **66C3ADCA**.

SUPERINTENDÊNCIA DE PERFORMANCE

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



Referência: Processo nº 202100010000046



SEI 000017537867