Secretaria de Estado da Saúde

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO TERCIÁRIA

PLANO DE TRABALHO

Este Plano de Trabalho constitui parte integrante e indissociável do Termo de Colaboração, que formalizará a parceria autorizada pela Lei Estadual nº 20.795, de 10 de junho de 2020, a qual autoriza o Chefe do Poder Executivo Estadual de Goiás a firmar Termo de Colaboração entre a Administração Pública e a FUNDAHC - Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, para o gerenciamento, operacionalização e a execução de atividades de saúde pública em unidade estadual, ao qual acresce cláusulas específicas, com o objetivo de detalhar os diferentes aspectos relacionados à execução da parceria, mediante a: **(i)** a descrição da realidade que será objeto do ajuste, com a demonstração do nexo entre essa realidade e as atividades ou projetos e metas a serem atingidas; **(ii)** a descrição de metas a serem atingidas e de atividades ou projetos a serem executados; **(iii)** previsão de receitas e de despesas a serem realizadas na execução das atividades ou dos projetos abrangidos pela parceria; **(iv)** a forma de execução das atividades ou dos projetos e de cumprimento das metas a eles atreladas; e **(v)** a definição dos parâmetros a serem utilizados para a aferição do cumprimento das metas, nos termos do art. 22 da Lei nº 13.019/2014 e do art. 5º da Lei Estadual 20.795/2020, sem prejuízo de outras disposições necessárias.

1. OBJETO

1.1. O presente Plano de Trabalho tem por objeto, a parceria entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, doravante denominado **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, e a **Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – FUNDAHC**, doravante denominada **FUNDAÇÃO**, para o fomento, o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia, no **Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho (HCSC)**, localizado à Rua Joaquim Caetano, nº 1876, Divino Espírito Santo, CEP: 75.804-040, Jataí-GO, por um período de 24 (vinte e quatro) meses;

1.2. Este Plano de Trabalho deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da saúde, com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás, na Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, na Lei Estadual nº 20.795, de 10 de junho de 2020 e demais disposições legais pertinentes à matéria.

1.3. Não se aplicam a esse dispositivo, por força da natureza jurídica da **FUNDAÇÃO**, bem como das suas disposições estatutárias, a Lei n° 15.503/2005, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais estaduais, tampouco a Lei 9.637/1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organização social federal.

2. JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO

2.1. Considerando a Declaração da Organização Mundial de Saúde, em 11 de março de 2020, que decreta situação de pandemia no que se refere à infecção pelo novo Coronavírus;

2.2. A Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus;

2.3.O Decreto nº 9.633, de 13 de março de 2020, do Governador do Estado de Goiás, que decreta a situação de emergência na saúde pública do Estado de Goiás, em razão da disseminação do novo coronavírus (2019nCoV);

2.4. O Decreto nº 9.653, de 19 de abril de 2020, do Governador do Estado de Goiás, que reiterou a decretação da situação de emergência na saúde pública do Estado de Goiás, em razão da disseminação do novo coronavírus (2019nCoV);

2.5. A necessidade de fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde em tempos de pandemia;

2.6. A organização da rede e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde a qualquer indivíduo do estado, com equidade e transparência;

2.7. A necessidade de assegurar o acesso com a agilidade e celeridade necessárias neste momento de emergência em saúde pública, reduzindo o tempo de resposta na assistência ao paciente;

2.8. A necessidade de ampliar de forma regionalizada a rede de atenção hospitalar das macrorregiões de saúde, especialmente a Região de Saúde Sudoeste II (Jataí);

2.9. A Resolução CIB nº 027/2020, que aprova a transferência da gestão e gerência do Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho, CNES 2535556, localizado no Município de Jataí/GO, para a Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO;

2.10. A vigência da Lei Estadual nº 20.769/2020, que autoriza o Estado de Goiás a absorver as atividades ofertadas em unidade pública hospitalar dos Municípios de Formosa, Jataí, Luziânia e São Luís de Montes Belos, surgiu a necessidade da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás assumir, direta ou indiretamente, os serviços assistenciais que até então eram prestados pela administração pública do município de Jataí. A referida lei coincide com momento de enfrentamento da pandemia pelo novo coronavírus no país, de tal modo que novas estratégias de atendimento à saúde devem ser estabelecidas em caráter emergencial, uma vez que a demanda de suporte ventilatório, essencial para a manutenção da vida, demonstra-se a mais demandada neste momento.

2.11. O Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho (HCSC) possui estrutura para atendimento de urgência e emergência, dois centro cirúrgico (apenas um em funcionamento), enfermarias, duas Unidades de Terapia Intensiva, serviço de obstetrícia, laboratório, ambulatório, serviço de imagem e outros serviços de apoio, possibilitando o atendimento imediato de pacientes do município e da Região de Saúde que demandarem por assistência de saúde em nível de hospitalização, tanto para os pacientes acometidos por COVID-19 quanto demais necessidades de saúde, como internações cirúrgicas, partos, consultas ambulatoriais, dentre outras.

2.12. O iminente acionamento do nível 4 do plano de contingência estadual, com a necessidade de expandir a rede de atenção hospitalar para as macrorregiões de saúde.

2.13. Ademais, considerando a carência e a necessidade de consolidação do acesso integral à saúde dos cidadãos da Macrorregião Sudoeste, e o esforço da SES em induzir a implantação e qualificação dos serviços e a melhoria da atenção à saúde para a população por meio da regionalização das redes de atenção, revela-se imprescindível que a presente parceria sirva como instrumento para a integração sistêmica das ações e serviços de saúde na região, mediante o provisionamento permanente da atenção à saúde, o que somente é cogitável em projetos de duração continuada, como o que ora se pretende firmar, o que é comportado pela estrutura da unidade. Por este motivo, é essencial que o ajuste se estenda para além do enfrentamento à emergência à saúde pública - que atualmente concentra vultosos esforços do Estado -, em observância ao prazo de vigência fixado neste planejamento.

2.14. A Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas da UFG (FUNDAHC) possui expertise necessária, para a administração do Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho, uma vez que já administra dois hospitais de campanha do Município de Goiânia, e se tratando de fundação de direito privado vinculada à Universidade Federal de Goiás.

2.15. Além da expertise, a FUNDAHC foi a entidade expressamente designada, pela Lei nº 20.795, de 10 de junho de 2020, para a transferência de recursos financeiros com a finalidade de formalização da parceria que tenha por objeto o gerenciamento, a operacionalização e a execução das atividades de saúde pública em unidade estadual, que, no caso, será o Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho, cuja gestão foi transferida para a Secretaria de Estado da Saúde (Resolução nº 027/2020-CIB), atenderá aproximadamente o quantitativo de 699.317 habitantes, situado na Região Sudoeste II, que compreende os Municípios, Aporé, Caiapônia, Chapadão do Céu, Doverlândia, Jataí, Mineiros, Perolândia, Portelândia, Serranópolis, Santa Rita do Araguaia, Acreúna, Aparecida do Rio Doce, Cachoeira Alta, Caçu, Castelândia, Itajá, Itarumã, Lagoa Santa, Maurilândia, Montividiu, Paranaiguara, Porteirão, Quirinópolis, Rio Verde, Santa Helena de Goiás, Santo Antônio da Barra, São Simão, Turvelândia.

2.16. A implantação do modelo de gestão compartilhada de serviços de saúde por meio da presente parceria consiste em estratégia adotada pelo Governo de Goiás, a exemplo de diversos estados e municípios da Federação, para aprimorar a gestão da administração pública, favorecer a modernização, assegurar maior eficiência e qualidade aos processos socioeconômicos, melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada e garantir a equidade na atenção com acesso para serviços e ações de saúde integrais.

2.17. A gestão de Unidades de Saúde em parceria com a entidade sem fins lucrativos se faz com a transferência de recursos públicos para ações direcionadas ao SUS, atendendo às políticas públicas e metas prefixadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

2.18. Os principais benefícios da gestão de Unidades Hospitalares e/ou Ambulatoriais realizadas por meio de uma Organização da Sociedade Civil são:

- Autonomia administrativa na gestão de recursos humanos, financeiros e materiais com estruturação de parcerias para descentralizar e diversificar as atividades relativas à prestação de serviços de saúde;
- Agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.;
- Contratação e gestão de pessoas mais flexível e eficiente, com subsequente incremento da força de trabalho da Administração Pública e ampliação quantitativa e qualitativa da oferta dos serviços de saúde;
- Agilidade na tomada de decisões.

2.19. As ações e serviços de saúde das unidades hospitalares sob gestão de Organização da Sociedade Civil são garantidas por meio do Termo de Colaboração e do seu respectivo Plano de Trabalho, instrumentos nos quais são detalhadas as metas de produção a serem alcançados, os indicadores de desempenho e os processos de monitoramento, fiscalização e avaliação.

2.20. No que se refere à gestão organizacional em geral, a vantagem também é evidente quanto ao estabelecimento de mecanismos de controles finalísticos, em vez de meramente processualísticos, porquanto a avaliação dá-se pelo cumprimento efetivo e de qualidade das metas estabelecidas no respectivo contrato de gestão. Odete Medauar aponta que: *O administrativista **contemporâneo** tem consciência da diversificação e capilaridade das funções do Estado atual, realizadas, em grande parte, pela atuação da Administração Pública. Por conseguinte, o direito administrativo, além da finalidade de limite ao poder e garantia dos direitos individuais ante o poder, **deve preocupar-se em elaborar fórmulas para efetivação de direitos sociais e econômicos, de direitos coletivos e difusos, que exigem prestações positivas**. O direito administrativo tem papel de relevo no desafio de uma nova sociedade em **constante mudança.** (ênfase acrescida)*[1]

2.21. A eficiência produzida pelo modelo de gestão não implica em negar a legalidade, mas, ao contrário, constitui componente relevante a ser introduzido na interpretação da lei, vinculando-a com a realidade dos ajustes de parceria. Assim, a eficiência em nada mitigará o princípio da legalidade,

mas sim, trará para si uma nova lógica determinando que os resultados práticos alcançados possam ser avaliados sob os diversos prismas da formalidade e abstração.

2.22. A introdução desse modelo de gestão otimiza o princípio da oportunidade para que a Administração Pública cumpra seus deveres com eficiência. Outrossim, é fundamental, para a formação da parceria, a análise detida da previsão estatutária da Organização da Sociedade Civil cujos objetivos e finalidades devem se coadunar com o efetivo desempenho de ações voltadas à defesa, promoção e proteção dos direitos fundamentais envolvidos na execução do ajuste.

2.23. A transferência da gestão, de uma unidade pública para uma entidade sem fins lucrativos, não afasta o Estado de seus deveres constitucionais de assegurar a saúde a todos os brasileiros, apenas designa o desenvolvimento de suas atividades para uma pessoa jurídica especializada, tecnicamente capaz de realizá-las. Em nenhum momento, a política pública de saúde deixará de ser responsabilidade do Poder Público (Governo Estadual). Mesmo administrado, de forma colaborativa, por uma Organização da Sociedade Civil, caso haja problema ou descumprimento das recomendações exaradas não só pelo órgão que supervisionará a execução do ajuste como pelos órgãos de controle, caberá a aplicação de penalidades, devidamente previstas em cláusulas específicas do Termo de Colaboração e do Plano de Trabalho.

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

3. MODELO DE GESTÃO E METAS

3.1. O modelo de gestão para gerenciamento dos serviços em regime de mútua cooperação entre os partícipes, o desenvolvimento de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, respeitando os princípios e diretrizes do SUS, preservando a missão da SES/GO, a legislação ambiental e normas sanitárias, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários.

3.2. A **FUNDAÇÃO** terá o compromisso de cumprir as obrigações fiscais e financeiras, bem como as metas estabelecidas pela SESGO; e prestar informações periódicas acerca do funcionamento da Unidade, por meio de sistema informatizados que guardará conexão com os sistemas utilizados pelo **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**.

3.3. As metas de produção para o ajuste serão estimadas para o período de vigência da PARCERIA, 24 (vinte e quatro) meses, e compõem o Anexo I – Indicadores e metas de produção (atividades mínimas a realizar) e Anexo II – Indicadores e metas de desempenho, deste Plano de Trabalho.

4. VIGÊNCIA

4.1. Os serviços, objeto deste Plano de Trabalho, deverão ser iniciados a partir da publicação do resumo do Termo de Colaboração na imprensa oficial, observado o prazo de vigência de 24 (vinte e quatro) meses de parceria.

4.2. Os ajustes no Termo de Colaboração propostos durante a execução do objeto deverão ser previamente acordados entre a **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e a **FUNDAÇÃO**, visando interesse público e recíproco, e integrarão o Plano de Trabalho.

04

4.3. Ao término dos seis primeiros meses de vigência da parceria, a **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** se compromete a revisar e reavaliar o Termo de Colaboração e o Plano de Trabalho que o integra, especialmente no tocante às metas, resultados e valores inicialmente estipulados, com vistas a verificar a manutenção da excepcionalidade do cenário em que se deu a celebração do ajuste.

5. DOS RECURSOS FINANCEIROS

5.1. A **FUNDAÇÃO** deverá apresentar projeção orçamentária com despesa operacional mensal máxima de acordo com o Sistema de Repasse descrito no Anexo Técnico III – Sistema de Repasse (Regras e Cronograma do Sistema de Repasse e Sistemática e Critérios de Repasse) do Termo de Colaboração, perfazendo as seguintes estimativas para as despesas mensal e anual:

a) O valor mensal de custeio para os 06 (seis) primeiros meses perfaz um total de R$ 5.403.907,89 (cinco milhões, quatrocentos e três mil novecentos e sete reais e oitenta e nove centavos);

b) O valor mensal de custeio estimado do 7º ao 24º mês perfaz um total de R$ 6.255.652,91 (seis milhões, duzentos e cinquenta e cinco mil seiscentos e cinquenta e dois reais e noventa e um centavos);

c) Para a vigência total da Parceria (24 meses), o valor estimado do contrato é de: R$ 145.025.199,72 (cento e quarenta e cinco milhões, vinte e cinco mil cento e noventa e nove reais e setenta e dois centavos).

5.2. Dos recursos e despesas relacionadas à execução da parceria:

5.2.1. É responsabilidade exclusiva da **FUNDAÇÃO** pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos recebidos, inclusive no que diz respeito às despesas de custeio, de investimento e de pessoal (art. 42, inc. XIX da Lei nº 13.019/2014).

5.2.2. O pagamento da remuneração da equipe profissional contratada pela **FUNDAÇÃO** com recursos desta parceria não gera vínculo trabalhista com a **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.**

5.2.3. A **FUNDAÇÃO** poderá empregar o máximo de 70% (setenta por cento) dos recursos públicos que lhe forem repassados com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria, empregados.

5.2.4. A remuneração dos membros da Diretoria da **FUNDAÇÃO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

5.2.5. É responsabilidade exclusiva da **FUNDAÇÃO** pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto previsto no Termo de Colaboração, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** a inadimplência da **FUNDAÇÃO** em relação ao referido pagamento, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução.(art. 42, inc. XX da Lei nº 13.019/2014).

5.2.6. É vedado à **FUNDAÇÃO:**

I - Utilizar os recursos para finalidade alheia ao objeto desta parceria;

II - Pagar, a qualquer título, servidor ou empregado público com recursos vinculados à parceria, salvo nas hipóteses previstas em legislação específica e na lei de diretrizes orçamentárias;

5.2.7. Dentre outras despesas, poderão ser quitadas, com recursos vinculados à parceria:

I - A remuneração incluindo o pessoal próprio da organização da sociedade civil, durante a vigência desta parceria; contribuições sociais; despesas com pagamentos de impostos; Fundo de Garantia do Tempo de Serviço; décimo terceiro salário, férias, salários proporcionais, verbas rescisórias e demais encargos trabalhistas e sociais;

II - Diárias para deslocamento, alimentação e hospedagem quando a execução do objeto desta parceria assim o exigir;

III - Custos indiretos que sejam necessários para a execução do objeto desta parceria, independente da proporção em relação ao valor total da parceria;

IV - Aquisição de materiais permanentes e equipamentos fundamentais para a execução do objeto e serviços de adequação de espaço físico, desde que demonstrada a necessidade para a instalação dos referidos materiais e equipamento.

6. DO REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS

6.1. O pagamento será efetivado mediante a liberação de 24 (vinte e quatro) parcelas mensais, conforme descrito no Anexo Técnico III – Sistema de Repasse (Regras e Cronograma do Sistema de Repasse e Sistemática e Critérios de Repasse) do Termo de Colaboração, sendo o valor composto de uma parte fixa correspondente a 90% (noventa por cento) do orçamento mensal e uma parte variável correspondente a 10% (dez por cento) com base na avaliação de indicadores de desempenho.

6.2. O primeiro repasse deverá ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da outorga e os demais até o 5º dias útil de cada mês.

6.3. As parcelas dos recursos ficarão retidas até o saneamento das impropriedades ou irregularidades detectadas nos seguintes casos:

I - quando houver evidências de irregularidade na aplicação de parcela anteriormente recebida;

II - quando constatado desvio de finalidade na aplicação dos recursos ou o inadimplemento da **FUNDAÇÃO** em relação às obrigações estabelecidas no Termo de Colaboração e / ou no Plano de Trabalho;

III - quando a **FUNDAÇÃO** deixar de adotar sem justificativa suficiente as medidas saneadoras apontadas pela **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** ou pelos órgãos de controle interno ou externo.

7. DO MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS E PRESTAÇÃO DE CONTAS

7.1. No exercício das ações de monitoramento e avaliação do cumprimento do objeto da parceria:

7.1.1. A **FUNDAÇÃO** deverá informar e encaminhar, mensalmente, para a **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, as quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial (indicadores de produção e aos indicadores de desempenho), por meio de formulários e/ou sistemas eletrônicos definidos pela Secretaria de Estado da Saúde e de registros no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde, até o dia 10 (dez) do mês subsequente.

7.1.2. A cada trimestre, a **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA,** por meio da Gerência de Avaliação das Unidades Próprias e Conveniadas (GAUPC) da SES/GO, procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados enviados pela **FUNDAÇÃO** do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

7.1.3. A cada semestre, a **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, por meio da Gerência de Avaliação das Unidades Próprias e Conveniadas (GAUPC) da SES/GO, realizará a consolidação dos dados do período com análise conclusiva para avaliação e pontuação inerentes aos indicadores de produção e aos indicadores de desempenho, que emitirá relatório técnico de monitoramento e avaliação sobre a conformidade do cumprimento do objeto e os resultados alcançados durante a execução da parceria.

EM

7.1.3.1. A Gerência de Avaliação das Unidades Próprias e Conveniadas (GAUPC), vinculada à Superintendência de Performance/SES-GO, ficará responsável por emitir o(s) relatório(s) técnico(s) de monitoramento e avaliação, semestralmente, o qual disporá sobre a conformidade do cumprimento do objeto e os resultados alcançados durante a execução da parceria (Arts. 59 e 66, parágrafo único, inc. II da Lei nº 13.019/2014), para posterior homologação pela CMA, devendo conter os seguintes elementos:

I - a descrição sumária das atividades e metas estabelecidas;

II - análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados neste Plano de Trabalho;

III - os valores efetivamente transferidos pela **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**;

VI - a análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentados pela **FUNDAÇÃO** na prestação de contas, quando não for comprovado o alcance das metas e resultados estabelecidos neste Plano de Trabalho e no Termo de Colaboração;

V - a análise de eventuais auditorias realizadas pelos controles interno e externo, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias.

7.1.4. A **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, realizará, anualmente, pesquisa de satisfação com os beneficiários e utilizará os resultados como subsídio na avaliação da parceria celebrada e do cumprimento dos objetivos pactuados, bem como na reorientação e no ajuste das metas e atividades definidas (art. 58, §2º, da lei nº 13.019/2014);

7.2. A **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** examinará o(s) relatório(s) de execução do objeto emitido(s) pela **FUNDAÇÃO**, no prazo de até 150 (cento e cinquenta) dias úteis, contados da data do recebimento do referido relatório, que deverá conter as atividades e/ou projetos desenvolvidos para o cumprimento do objeto e comparativo de metas propostas e resultados alcançados.

7.3. A **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** poderá solicitar relatório(s) de execução financeira à **FUNDAÇÃO**, quando constatado o descumprimento de metas e de resultados estabelecidos, bem como diante interesse público, devendo a **FUNDAÇÃO** encaminhá-lo(s) no prazo de 30 dias úteis após ciência da notificação.

7.3.1. O(s) relatório(s) de execução financeira deverá conter descrição das despesas e receitas efetivamente realizadas e sua vinculação com a execução do objeto.

7.4. A **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** poderá, a qualquer tempo, utilizar-se de representantes das Regionais de Saúde para complementação no monitoramento dos serviços prestados.

7.5. A **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** emitirá o relatório de visita técnica in loco eventualmente realizada durante a execução da parceria.

7.6. A **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA,** por meio de portaria que será publicada em meio de divulgação oficial, designará o gestor da parceria, que se encontre tecnicamente habilitado para a atividade e não incidindo nas hipóteses de vedação legal, em especial a do art. 35, §6º, da Lei nº 13.019/2014 e art. 8º, §5º, da Lei Estadual nº 20.795/2020, ao qual competirá as seguintes atribuições:

I - acompanhar e fiscalizar a execução da parceria;

II - informar ao seu superior hierárquico a existência de fatos que comprometam ou possam comprometer as atividades ou metas da parceria e de indícios de irregularidades na gestão dos recursos, bem como as providências adotadas ou que serão adotadas para sanar os problemas detectados;

III - emitir parecer técnico conclusivo de análise da prestação de contas, levando em consideração o conteúdo do relatório técnico de monitoramento e avaliação a ser emitido pela Administração;

IV - disponibilizar materiais e equipamentos tecnológicos necessários às atividades de monitoramento e avaliação;

V - comunicar o administrador público acerca das situações previstas no caput do art. 62 da Lei nº 13.019/2014.

7.7. A Comissão de Monitoramento e Avaliação é o órgão colegiado destinado a monitorar e avaliar a parceria de que trata este Plano de Trabalho, sendo responsável pelas seguintes atribuições, sem prejuízo de outras que vierem a ser acrescida:

I - homologar o relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, emitido pela **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, conforme art. 59 da Lei nº 13.019/2014;

II - a análise dos resultados atingidos com a execução do Termo de Colaboração, serão analisados semestralmente pela CMA, que norteará as correções que forem necessárias para garantir a plena eficácia do Plano de Trabalho;

III - exigir da **FUNDAÇÃO**, a qualquer tempo, as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios avaliados;

IV - ao tomar conhecimento, por meio dos seus integrantes, de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicará imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado – TCE/GO, à Controladoria Geral do Estado e à Assembleia Legislativa para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária;

V - sem prejuízo da medida a que se refere o item anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, informará imediatamente à autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público;

VI - a cada pagamento de duodécimo, deverá atestar o cumprimento das obrigações trabalhistas pela **FUNDAÇÃO**, em especial com relação ao pagamento de: i) salários e benefícios previstos em norma coletiva; ii) férias, décimos terceiros, licenças e estabilidades provisórias; e iii) contribuições sociais e fundiárias;

VII - comunicar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO qualquer irregularidade ou ilegalidade praticada pela **FUNDAÇÃO** na utilização dos recursos, bens ou servidores de origem públicos, bem como o desfecho do respectivo procedimento administrativo instaurado e demais providências adotadas, inclusive quanto à restituição do saldo de recursos e rendimentos de aplicação financeira, sob pena de cominação de multa;

VIII - analisar toda a contabilidade do ajuste, podendo se valer de terceiros para assessorá-la.

IX - examinar, em caráter preliminar, as excepcionais propostas de alteração no plano de trabalho, relativas aos valores e metas, desde que não impliquem na desnaturação do objeto do ajuste, o que, em caso de viabilidade, dependerá da adequada formalização;

X - comunicar a **FUNDAÇÃO** qualquer situação de irregularidade relativa à prestação de contas dos recursos envolvidos, que possam motivar suspensão ou impedimento de liberação de novas parcelas. assinando prazo de até 30 (trinta) dias para regularização.

7.7.1. A Comissão de Monitoramento e Avaliação (CMA) será constituída por servidores das Superintendências: de Performance, de Atenção Integral à Saúde, de Gestão Integrada, e do Complexo Regulador em Saúde.

7.7.2. A Portaria de designação dos membros da CMA, a qual deverá assegurar a participação de pelo menos um servidor ocupante de cargo efetivo ou emprego permanente do quadro de pessoal da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, será publicada no Diário Oficial do Estado de Goiás, afastadas as hipóteses de vedação legal, em especial a do art. 35, §6º, da Lei nº 13.019/2014 e art. 8º, §5º, da Lei Estadual nº 20.795/2020.

7.8. Sem prejuízo da fiscalização pela **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e pelos órgãos de controle, a execução da parceria será acompanhada e fiscalizada pelo conselho de política pública setorial eventualmente existente na esfera de governo estadual. A presente parceria estará também sujeita aos mecanismos de controle social previsto na legislação específica (art. 60 da Lei nº 13.019/2014).

EM

7.9. A execução do acompanhamento financeiro-contábil é realizado pela **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA,** diariamente, e por meio de Sistema Eletrônico, para elaboração dos demonstrativos e indicadores econômicos financeiros evidenciando as movimentações contábeis e financeiras da Fundação.

7.9.1. A Fundação apresentará a prestação de contas anual, no prazo de até 90 (noventa) dias, a partir do término da vigência cada exercício, ou sempre que recomendar o interesse público. O referido prazo poderá ser prorrogado por até 30 (trinta) dias, desde que devidamente justificado.

7.9.2. O disposto no caput deste Item não impede que a **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** promova a instauração de tomada de contas especial antes do término da parceria, ante evidências de irregularidades na execução do objeto. Nesta hipótese, o dever de prestar contas surge no momento da liberação de recurso envolvido na parceria (art. 69, §§2º e 3º da Lei nº 13.019/2014)

7.9.3. Sem prejuízo dos relatórios a serem apresentados pela **FUNDAÇÃO** para possibilitar a constante e permanente avaliação e monitoramento da parceria, a análise da prestação de contas anual pela **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, que será formalizada pela documentação abaixo:

I - cópia do Termo de Colaboração e Aditivo(s), se houver;

II - nota(s) de empenho, inclusive a(s) anulada(s), bem como a(s) ordem(s) de pagamento;

III - ofício de encaminhamento da prestação de contas pelo responsável legal da **FUNDAÇÃO**;

IV - ato constitutivo da **FUNDAÇÃO** registrado - Estatuto Social vigente no período da prestação de contas;

V - relação nominal dos dirigentes da entidade, no período a que se refere a prestação de contas, contendo nome, CPF, endereço pessoal, atribuições e respectivo períodos de atuação, como se segue: (a) dirigente máximo; (b) membros da diretoria; (c) membros do conselho de administração (curador), e (d) membros do conselho fiscal.

VI - documentação e regularidade fiscal, tributária, previdenciária, de contribuições, de dívida ativa e trabalhista (CNPJ Sede e Filial; Certidões Municipal, Estadual e Federal; INSS; FGTS; Certidão Trabalhista, Declaração CADIN, Negativa de Falência, Negativa de Impedimento de Licitar / Contratar, Menores);

VII - Certidão Negativa - Improbidade CNJ (Acórdão n. 1.793/11 Plenário do TCU);

VIII - comprovação de que funciona no endereço por ela declarado;

IX - declaração que não está omissa no dever de prestar contas de parceria anteriormente celebrada;

X - declarações (sob pena de responsabilização): (a) de que não tem como dirigente as pessoas elencadas nos incisos III e VII do art. 39 da Lei nº 13.019/2014; (b) não teve suas contas rejeitadas pela Administração nos últimos cinco anos, salvo nas hipóteses de exceção do inc. IV do art. 39 da Lei nº 13.019/2014; (c) não tenha sido punida com as sanções do inciso V do art. 39 da Lei nº 13.019/2014, pelo tempo que durar a penalidade; (d) não tenha tido contas de parceria julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer esfera da Federação, em decisão irrecorrível, nos últimos 8 (oito) anos; (e) cumprimento dos requisitos para a celebração da parceria e de não incurso nas vedações legais (art. 33 e 34 da Lei nº 13.019/2014 e art. 6º, 7º e 11 da Lei Estadual nº 20.795/2020); (f) está em pleno regular funcionamento, cumprindo suas finalidades estatutárias; (g) possui escrituração de acordo com os princípios fundamentais de contabilidade e com as Normas Brasileiras de Contabilidade; (h) não possui em seu quadro de pessoal empregado(s) com menos de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre (Art. 7º, inciso XXXIII, da Constituição Federal);

XI - declaração de que durante o período de vigência da parceria não pagará, a qualquer título, servidor ou empregado público com recursos vinculados à parceria, salvo nas hipóteses previstas em lei específica e na lei de diretrizes orçamentárias, e de que realizará as despesas relacionadas à execução da parceria em conformidade com a Lei nº 13.019/2014 e a Lei Estadual 20.795/2020;

XII - declaração de que se compromete a cumprir rigorosamente o Plano de Trabalho, mantendo durante todo o período da parceria as condições de habilitação e qualificação exigidas para

participação e a íntegra idoneidade perante os órgãos das Administrações Públicas: Federal, Estadual e Municipal;

XIII - declaração que a **FUNDAÇÃO** possui capacidade técnica, gerencial e idoneidade para execução do Plano de Trabalho e comprovação da existência em quadro permanente, de profissionais qualificados para execução e manutenção das ações previstas no projeto;

XIV - atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho de administração da **FUNDAÇÃO**;

XV - plano de cargos, salários e benefícios dos empregados;

XVI - folhas mensais de pagamento dos empregados (pessoal e dirigentes) admitidos ou mantidos com recursos do contrato de gestão durante o exercício, indicando no mínimo a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores, em formatos sintéticos e analíticos;

XVII - inventário físico dos bens com permissão de uso para as finalidades do contrato e termo de colaboração incluindo os adquiridos posteriormente pela **FUNDAÇÃO**, utilizando-se de recursos públicos em formato sintético e analítico.

XVIII - relatório financeiro dos recursos repassados pela administração pública, dos rendimentos auferidos e suas destinações, elaborado pela **FUNDAÇÃO**.

XIX - extrato bancário mensal da conta específica (corrente e aplicação), aberta em instituição financeira oficial, para movimentação financeira dos recursos do contrato de gestão acompanhado da respectiva conciliação bancária;

XX - notas fiscais/faturas e demais documentos que comprovem as despesas efetuadas, revestidos das formalidades legais, com a certificação do responsável pelo recebimento das mercadorias ou serviços prestados, contendo expressa menção no corpo dos documentos fiscais originais ao Termo de Colaboração e aditivos, se houver;

XXI - relação e cópia dos contratos e respectivos aditamentos firmados pela **FUNDAÇÃO** com terceiros contendo: nome do contratado, CNPJ/CPF, objeto, vigência, valor e data de assinatura;

XXII - relatórios de custos, analíticos e sintéticos, e a descrição do sistema de custeio adotado;

XXIII - relatórios gerenciais e de atividades desenvolvidas no gerenciamento da entidade objeto do contrato de gestão, contemplando:

(a) indicadores estatísticos que permitam avaliação quantitativa e qualitativa do desempenho e do cumprimento das metas pactuadas, com esclarecimentos, se for o caso, sobre as causas que inviabilizaram o pleno cumprimento das metas estabelecidas; (b) relatório de execução de atividades contemplando especificamente a execução do objeto do termo de parceria; (c) as medidas implementadas com vistas ao saneamento de eventuais disfunções estruturais que prejudicaram ou inviabilizaram o alcance das metas fixadas;

XXIV - demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

XXV - relatório e parecer de auditoria externa, se for o caso.

XXVI - relatórios de execução do objeto e de execução financeira emitidos pela **FUNDAÇÃO.**

7.10. A **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** consolidará os documentos apresentados pela **FUNDAÇÃO**, relacionados no item 7.9.2, juntamente com o relatório técnico de monitoramento e avaliação e o parecer técnico na prestação de contas anual.

7.10.1. A **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** apreciará a prestação de contas anual, no prazo de até 150 (cento e cinquenta) dias, da data do seu recebimento ou no cumprimento de diligência por ela determinada, prorrogável justificadamente por igual período.

7.11. As prestações de contas serão avaliadas:

EM

I - regulares, quando expressarem, de forma clara e objetiva, o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

II - regulares com ressalva, quando evidenciarem impropriedade ou qualquer outra falta de natureza formal que não resulte em dano ao erário;

III - irregulares, quando comprovada qualquer das seguintes circunstâncias: (a) omissão no dever de prestar contas; (b) descumprimento injustificado dos objetivos e metas estabelecidos; (c) dano ao erário decorrente de ato de gestão ilegítimo ou antieconômico; (d) desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos.

8 . INFORMAÇÕES SOBRE O HOSPITAL

8.1. Identificação da Unidade

Nome: Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho;

CNES: 2535556;

Endereço: Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo, Jataí - GO, CEP 75.804-040;

Tipo de Estabelecimento: Hospital geral de médio porte;

Gestão e Gerência da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

Funcionamento: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta feira, das 07h às 18h, sendo devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual;

Natureza: (X) Público ( ) Filantrópico ( ) Privado;

Serviço de Maternidade: (X) Sim ( ) Não;

Habilitado em GAR (Gestação de Alto Risco):( )sim (X) Não;

Número de Leitos Geral: hoje 116 leitos ativos;

Serviço de Urgência e Emergência: Sim Tipo: (X) Porta Aberta ( ) Referenciado;

Alta Complexidade: (X) Sim ( )Não;

Quais: UTI adulto, Partos e Procedimentos Cirúrgicos de Alto Risco;

Inserção nas Redes Temáticas de Saúde: (X)Sim ( ) Não – Quais? Rede Cegonha, Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC;

Habilitações existentes: Hospital Amigo da Criança, Unidade de Centro de Parto Normal Intra Hospitalar Tipo II 5 PPP, Laqueadura, Vasectomia, UTI II Adulto e UTI II Adulto – Covid – 19.

8.2. Capacidade Instalada

8.2.1. A Estrutura e Serviços

8.2.1.1. O Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho possui edificação térrea e dois andares superiores. No térreo da Unidade possui recepção ambulatorial, laboratório, ambulatório, setor de exames por imagem, centro de atendimento odontológico (será remanejado para outro estabelecimento de saúde do município de Jataí), centro de testagem e aconselhamento, unidade do hemocentro, maternidade, enfermaria obstétrica, setor de atendimento aos pacientes com suspeita de COVID19, UTI de 06 leitos (funcionando provisoriamente laboratório), centro cirúrgico, centro de material e esterilização, enfermaria, serviço móvel de urgência – SAMU (será remanejado para outro estabelecimento de saúde do município de Jataí), gerador de energia, farmácia, almoxarifado e serviços de apoio.

8.2.1.2. O primeiro pavimento possui: enfermaria, UTI COVID, UTI adulto Geral, centro cirúrgico inoperante.

8.2.1.3. O segundo pavimento possui: enfermaria.

8.2.1.4. Possui 116 leitos destinados à internação de pacientes adultos e pediátricos, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Internação	Ativos
Enfermaria Cirúrgica	25
Enfermaria Clinica	25
Enfermaria Pediátrica	6
Enfermaria Obstétrica	21
Enfermaria COVID (em implantação)	17
UTI COVID	10
UTI Adulto Geral	10
Leitos de cuidados intermediários neonatal	2
Sala Cirúrgica	2
Sala de Pequenos Procedimentos Ambulatoriais	1
Sala de Parto Natural	1
Consultórios ambulatoriais	8
Pronto Socorro COVID	1
Pronto Socorro Geral	1
Sala de Curativo Ambulatorial	2
Sala de Tomografia	1
Sala de Raio x	2
Sala de Ultrassonografia	1
Sala de Eletrocardiograma	1
Laboratório	1

8.2.1.5. A Unidade dispõe de salas específicas para o funcionamento do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) disponibilizando serviços de Imagenologia e Laboratorial (exemplo: radiologia, ultrassonografia, tomografia, eletrocardiograma, anatomia patológica, análises clínicas) aos usuários atendidos em regime de urgência/emergência, internação e ambulatório do próprio hospital.

8.2.1.6. A distribuição física poderá ser adequado pela **FUNDAÇÃO**, com anuência prévia do **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, considerando, sempre, a melhor distribuição dos fluxos assistenciais internos.

8.2.2. Recursos Humanos

8.2.2.1. A **FUNDAÇÃO** 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.

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

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

8.2.2.4. 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, Resolução CFM nº. 1634/2002 e alterações posteriores, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no Contrato.

8.3. Definição do Perfil da Unidade

8.3.1. A unidade está localizada no município polo da Região de Saúde Sudoeste II, atende também, por abrangência e referência, todos os 10 municípios desta região: Aporé, Caiapônia, Chapadão do Céu, Doverlândia, Jataí, Mineiros, Perolândia, Portelândia, Serranópolis e Santa Rita do Araguaia.

8.3.2. A Unidade dispõe de assistência hospitalar, SADT, Raio x, tomografia, ultrassonografia, eletrocardiograma, doppler vascular. Mantém funcionamento do serviço de emergência 24 horas. Atendimento ambulatorial médico e não médico.

8.4. Definição dos Serviços

8.4.1. Linhas de Serviços

8.4.1.1. Para o funcionamento do Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho serão consideradas as seguintes linhas de serviços, as quais possuem metas definidas (ver Anexo I).

a) Internação: Saídas Clínicas, Saídas Cirúrgicas, Saídas Pediátricas e Saídas Obstétricas.

b) Cirurgias Eletivas: cirurgias eletivas (adulto e pediátrica) e cirurgias oftalmológicas.

c) Pequenos procedimentos: vasectomia, cantoplastia, postectomia, exérese de pintas, lipoma.

d) Atendimento Ambulatorial Consultas médicas e não médicas na atenção especializada: consultas médica e não médica em ambulatório.

e) Atendimento de Urgência/Emergência: Porta aberta e referenciada de entrada de Urgência e Emergência.

f) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT): serviço para atendimento interno, não compõe a Linha de Serviços para efeito de metas, porém a **FUNDAÇÃO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada. Entretanto o SADT externo compõe a meta.

8.4.2. Assistência Hospitalar

8.4.2.1. 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, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

8.4.2.1.1. Será de inteira responsabilidade da **FUNDAÇÃO**: o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescritos, mesmo aqueles que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP ou outra tabela que vier a substituí-la.

8.4.2.1.2. Observado o disposto no parágrafo anterior, na hipótese da **FUNDAÇÃO** ser demandada judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam na tabela SUSSIGTAP, será regressivamente cobrado da **FUNDAÇÃO** os valores correspondentes.

8.4.2.1.3.Fica assegurado à **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** o direito de descontar das faturas devidas à **FUNDAÇÃO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia à **FUNDAÇÃO**.

8.4.2.1.4. Quando a **FUNDAÇÃO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescritos, e que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, a mesma deverá informar o fato à **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**.

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

8.4.2.3. Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares.

EM

8.4.2.4. No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:

a) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, incluindo os utilizados no Hospital Dia.

b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS – Sistema Único de Saúde.

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

d) Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar, incluído médico diarista para cobertura horizontal em todas as áreas de internação da Unidade.

e) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.

f) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.

g) 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).

h) Diárias na UTI Unidade de Terapia Intensiva, se necessário.

i) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000).

j) Sangue e hemoderivados.

k) Fornecimento de roupas hospitalares.

l) Procedimentos especiais de alto custo para pacientes hospitalizados, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.

m) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

8.4.3. Atendimento às Urgências Hospitalares

8.4.3.1. A Unidade Hospitalar deverá dispor de atendimento às urgências e emergências provenientes de demanda espontânea (porta aberta), bem como das referenciadas, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24h do dia, todos os dias do ano.

8.4.3.2. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco nas cores amarelo, laranja e vermelho.

8.4.3.3. Sendo o hospital do tipo referenciado, o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda que lhe for encaminhada conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

8.4.3.4. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, priorizando a internação de pacientes que se enquadram nas especialidades médicas elencadas neste plano de trabalho.

8.4.3.5. Embora os atendimentos de urgência e emergência não possuem metas a serem cumpridas, a **FUNDAÇÃO** deverá informar todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

8.4.3.6. 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 deverá ser registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar AIH).

EM

8.4.3.7. Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar 02 (duas) horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames de caráter eletivo devem ser realizados no prazo máximo de 24h após a solicitação.

8.4.3.8. Urgências Cirúrgicas atendidas pelo Hospital:

8.4.3.8.1. Nas especialidades conforme demanda da população de usuários do Hospital.

8.4.4.1. Consultas Médicas e Não Médicas na Atenção Especializada

8.4.4.1.1. O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas pela SESGO, com agendas ofertadas à Regulação, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

8.4.4.1.2. As consultas ambulatoriais em atendimento ambulatorial compreendem:

a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;

b) Interconsulta;

c) Consultas subsequentes (retornos).

8.4.4.1.3. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Central de Regulação do Estado ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

8.4.4.1.4. Entende-se por 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.

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

8.4.4.1.6. 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.

8.4.4.1.7. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes.

8.4.4.1.8. Outros serviços ambulatoriais de nível superior não médico a serem contemplados na instituição incluem: Farmácia , Psicologia, Enfermagem e Serviço Social. No entanto, o setor de internação ainda deverá contar com suporte de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional. Observação: o atendimento de enfermagem realizado em classificação de risco deverá ser excluído do cálculo de consultas não médicas ambulatoriais.

8.4.4.1.9. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 18h, de segunda a sexta-feira, nas especialidades descritas no Quadro abaixo:

Quadro 2. Especialidades Médicas mínimas a serem disponibilizadas no Ambulatório do Hospital das Clínicas Dr Serafim de Carvalho após 6 meses de celebração do Termo de Cooperação
Especialidades Médicas mínimas a serem disponibilizadas
Angiologia
Ginecologia
Pré Natal de Alto Risco
Cardiologia – Exames Pré-Operatórios (Risco Cirúrgico)
Cirurgia Geral – Ambulatório de Pré e Pós Operatórios
Ortopedia/Traumatologia
Oftalmologia
Otorrinolaringologia Pediátrica
Urologia
Infectologia (VVS)
Obstetrícia / Pediatria (retorno)

Quadro 3. Especialidades Não Médicas mínimas a serem disponibilizadas no Ambulatório do Hospital das Clínicas Dr Serafim de Carvalho
Especialidades Não Médicas mínimas a serem disponibilizadas
Serviço Social
Farmácia
Psicologia
Enfermagem

8.4.4.2.Cirurgias Eletivas

8.4.4.2.1. Os pacientes poderão ser provenientes de regulação do Complexo Regulador Estadual, bem como de consulta ambulatorial de pacientes já acompanhados pelo hospital.

Quadro 4. Cirurgias Eletivas a serem oferecidas no do Hospital das Clínicas Dr Serafim de Carvalho
Cirurgias Eletivas a serem oferecidas
Angiologia
Ginecologia
Cirurgia Geral
Ortopedia/Traumatologia
Oftalmologia
Otorrino Pediátrica
Urologia

8.4.5. Serviços de Apoio

8.4.5.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: entende-se por SADT a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade. O SADT Interno deverá ser 24 horas por dia, ininterruptamente.

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

8.4.5.3.Serviço de Nutrição e Dietética – SND: o Serviço de Nutrição e Dietética presta assistência nutricional e fornece refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND é proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a

qualidade de vida dos clientes de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional.

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

8.4.5.5.Central de Material e Esterilização – CME: a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares.

9. Ensino de Pesquisa

9.1. É fundamental a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão no Hospital das Clínicas Dr Serafim de Carvalho, a **FUNDAÇÃO** deverá estruturar o desenvolvimento de Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde/MEC

9.2. Desenvolver também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.

9.3. Essas atividades são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção a Saúde oferecida aos usuários do SUS. Para o desenvolvimento dessas atividades, a Unidade deve se adequar às exigências do MEC. Tais atividades são gerenciadas pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás da SES/GO.

9.4. A **FUNDAÇÃO** será responsável, ainda, por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal.

9.5.Estágios Curriculares

9.5.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

9.5.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008.

9.5.3. A **FUNDAÇÃO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO.

9.6. Programa de Educação Permanente

9.6.1. A **FUNDAÇÃO** deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás.

10. Projetos Especiais e Novas Especialidades de Atendimento

10.1. Caso, ao longo da vigência do Convênio em comum acordo entre as partes, a **FUNDAÇÃO** ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas ou pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas pela **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**.

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

discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo.

11. Propostas de Melhorias e Investimentos

11.1. A **FUNDAÇÃO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços da Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES/GO estabelecidas pela Portaria nº 253/2019.

11.2. Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para a **FUNDAÇÃO** a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e/ou aquisição dos equipamentos necessários.

11.3. 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.

12. Conteúdos das informações a serem encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde

12.1. A **FUNDAÇÃO** deverá encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada:

a) Relatórios referentes aos indicadores de produtividade e desempenho (execução do objeto), em regime mensal;

b) Relatórios contábeis e financeiros (execução financeira), em regime mensal;

c) Relatório de Custos, em regime trimestral;

d) Censo de origem dos pacientes atendidos;

e) Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes.

f) Outras, a critério da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**.

12.2. Em atendimento às determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus sites informações por eles produzidas. Nesse sentido, a **FUNDAÇÃO** deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, para garantir o direito constitucional de acesso à informação.

13. Especificações Técnicas

13.1. A **FUNDAÇÃO** deverá:

13.1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados.

13.1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando o sistema de tabulação TabWin/DATASUS, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

13.1.3. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do hospital. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas em horário padronizado, sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista).

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

EM

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

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

13.1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade, disponibilizando a qualquer momento para a Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade observando as Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigentes.

13.1.7. Fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita, incluídos os que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP.

13.1.7.1 Sempre que a **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** for demandada judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses, incluídos os que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores serão cobrados da **FUNDAÇÃO**, por meio de dedução nos valores de custeio do Termo de Colaboração repassados pelo **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.**

13.1.7.2. Fica assegurado à **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** o direito de descontar das faturas devidas à **FUNDAÇÃO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo.

13.1.7.3 Quando a **FUNDAÇÃO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato à **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**.

13.1.8. Em nenhuma hipótese, cobrar direta ou indiretamente do paciente por serviços médicos ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada.

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

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

13.1.11. Estabelecer, implementar e disponibilizar à Secretaria de Estado da Saúde, o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC n° 02, de 25 de janeiro de 2010 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médicos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal da SES ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido.

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

13.1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Convênio , toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente Termo, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de uso.

13.1.13. Dispor da informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome completo, registro

civil e endereço completo da residência do usuário, bem como nome completo da mãe, por razões de planejamento das atividades assistenciais.

13.1.14. Em relação aos direitos dos usuários, a **FUNDAÇÃO** obriga-se a:

a) Manter sempre atualizado o prontuário dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei;

b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

c) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da unidade;

d) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Termo. e) Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), exceto pacientes com suspeita ou confirmados COVID;

f) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

g) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo à vida ou obrigação legal.

h) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;

i) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;

j) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no HOSPITAL, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos;

k) Garantir atendimento indiferenciado aos usuários;

l) Fornecer ao usuário, por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- Nome do usuário.
- Data de nascimento do usuário.
- Nome da mãe.
- Nome do Hospital.
- Localização do Hospital (endereço, município, estado).
- Motivo da internação (CID10).
- Data de admissão e data da alta hospitalar.
- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.
- Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.
- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".

m) Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.

n) Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

o) Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

13.1.15. Incentivar o uso seguro de medicamentos em atendimento ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, por meio de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde.

13.1.16. Assegurar a implantação e/ou manutenção da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde com a garantia do pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade.

13.1.17. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, bem como em conformidade com a legislação estadual correlata.

13.1.18. Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia Net Promoter Score (NPS), com envio de seus resultados a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

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

13.1.20. Informar a taxa de absenteísmo mensal dos funcionários e colaboradores da Unidade Hospitalar.

13.1.21. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde.

13.1.22. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos.

13.1.23. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde.

13.1.24. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação, compartilhando esta informação em regime semanal com a Central de Regulação Estadual e incluindo essa informação nos relatórios gerenciais do hospital.

13.1.25. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação (NIR), que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da Superintendência do Complexo Regulador em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes.

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

a) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);

b) Comissão de Óbitos;

c) Comissão de Revisão de Prontuários;

d) Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem;

e) Comissão de Biossegurança;

f) Comissão de Farmácia e Terapêutica;

g) Comissão de Residências em Saúde

h) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);

i) Comissão de Documentação Médica e Estatística;

j) Comitê de Ética em Pesquisa;

k) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;

l) Comissão de Proteção Radiológica;

m) Comitê Transfusional;

n) Comissão de Gerenciamento de Resíduos.

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

13.1.28. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo controle e acompanhamento da infraestrutura de saúde que atenda às disposições da RDC nº 02/2010 da ANVISA, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943.

13.1.29. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, a **FUNDAÇÃO** deverá manter durante a vigência desta Parceria um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o ambulatório à Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como à NBR 15943:2011 e as demais resoluções.

13.1.30. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, a **FUNDAÇÃO** deverá manter o inventário técnico atualizado dos equipamentos médicos, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa quando forem necessárias essas informações. A **FUNDAÇÃO** deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade. O inventário e o registro dos referidos equipamentos devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade da **FUNDAÇÃO**, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos.

13.1.31. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, **FUNDAÇÃO** deverá encaminhar relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde.

13.1.32. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, a **FUNDAÇÃO** deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025.

13.1.33. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida.

13.1.34. A **FUNDAÇÃO** deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação.

13.1.35. A **FUNDAÇÃO** será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, tomografia computadorizada e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações da Sociedade Civil, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

13.1.36. A **FUNDAÇÃO** deverá empreender meios próprios permitidos em seu Regulamento de Contratação de Bens e Serviços para dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e os serviços a serem prestados, devendo 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.

13.1.37. A atividade deverá ser coordenada por um responsável técnico, médico, com registro no respectivo Conselho de Classe.

13.1.38. Para a execução dos serviços de imagem, o mesmo deverá ser definido por meio de rotinas administrativas de funcionamento, protocolos de diagnóstico atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico pela atividade, devendo abordar todos os processos envolvidos no diagnóstico, que contemplem os aspectos organizacionais, operacionais e técnicos.

13.1.39. A **FUNDAÇÃO** adotará ou permitirá a adoção de sistema eletrônico, com as informações completas dos exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento, ou assinadas digitalmente, em conformidade com a legislação vigente. Os laudos deverão estar devidamente armazenados com backup e transferidos on-line para a Unidade Solicitante devendo, para tanto, serem assegurados todos os meios necessários quanto à rede de informática, sistemas e programas, com o encaminhamento dos relatórios para a SES/GO.

13.1.40. A **FUNDAÇÃO** compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de radiologia.

13.1.41. A **FUNDAÇÃO** compromete-se a ter um sistema que permita que tanto os exames de imagem como os respectivos laudos sejam enviados ao sistema de Pacs e Ris da SES/GO. Posteriormente, a Superintendência de Tecnologia, Inovação e Sustentabilidade (SUTIS) detalhará os procedimentos para contemplar que os laudos terão que ser integrados com o sistema de gestão hospitalar e as imagens serão acessadas através de link, pois ficarão hospedadas na SES/GO, ao que será informado previamente.

13.1.42. A **FUNDAÇÃO** deverá atender às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**.

13.1.43. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Unidade Hospitalar deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

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

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

iii. Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

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

v. Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

vi. PT 1.631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

vii. PT MS/GM Nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências, consolidada na PT MS/GM Nº 4, de 28 de setembro de 2017.

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

ix. PT SAS/MS Nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, estabelece critérios para a classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo.

x. PT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.

xi. PT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raiox diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.

xii. PT MS/SAS Nº 202, de 19 de junho de 2001, estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do SUS.

xiii. PT MS/SAS Nº 793, de 24 de abril de 2012, institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.

xiv. PT Nº 44, de 10 de janeiro de 2001, que trata do Hospital Dia.

xv. PT Nº 1.377, de 09 de julho de 2013, aprova os protocolos de segurança a paciente (cirurgia segura, higiene das mãos, úlcera por pressão).

xvi. PT Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, aprova os protocolos básicos de segurança do paciente (prevenção de quedas, identificação, segurança de prescrição, uso e administração de medicamentos – NT 01/2015 e NT 02/2015.

xvii. PT Nº 529/MS, de 01/04/13, e RDC nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Núcleo de Segurança do Paciente.

xviii. RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

xix. RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.

xx. RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem, avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

xxi. Resolução do COFEN nº 358/2009 Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

xxii. Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.

xxiii. RDC ANVISA Nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

xxiv. RDC Nº 34, de 11 de junho de 2014, da ANVISA, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.

xxv. RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.

xxvi. RDC 222/2018, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

xxvii. Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.

xxviii. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH.

xxix. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo. xxx. Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e conforme as diretrizes do SUS.

xxx. Resolução Nº 36, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

ANEXO I
INDICADORES E METAS DE PRODUÇÃO ATIVIDADES MÍNIMAS A REALIZAR

1. Regra Geral

1.1. Neste Anexo I, são apresentados os indicadores e as metas de produção pactuadas com o Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho para o período de 24 (vinte e quatro) meses, referentes aos serviços assistenciais e correspondem a 90% do percentual do custeio do repasse mensal.

1.2. A **FUNDAÇÃO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários da unidade hospitalar.

1.3 A produção realizada deve ser encaminhada, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado, até o dia 10 (dez) de cada mês.

1.4. São consideradas Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte assistencial, os seguintes critérios:

Internação: Saídas Clínica, Saídas Cirúrgica, Saídas Pediátrica e Saídas Obstétricas.

Cirurgias Eletivas: cirurgias eletivas (adulto e pediátrica) e cirurgias oftalmológicas

Pequenos procedimentos: vasectomia, cantoplastia, postectomia, exérese de nevus, lipoma.

Atendimento Ambulatorial

Consultas médicas e não médicas na atenção especializada: consultas médica e não médica em ambulatório.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT): serviço para atendimento interno, não compõe a Linha de Serviços para efeito de metas, porém a **FUNDAÇÃO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada. Entretanto o SADT externo compõe a meta.

1.5. A **FUNDAÇÃO** deverá atender todos os casos de urgência/emergência de porta aberta, regulados ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

Quadro 1- Síntese dos Indicadores e metas de produção

Linha de Serviços	Detalhamentos	Meta do 1° ao 6° mês	Meta a partir do 6° mês
Internações Hospitalares	Saidas Clinicas	92	114
	Saidas Clinicas COVID	Não há meta, mas deverão internar pacientes com COVID-19	---
	Saidas Pediatricas (Clinica e Cirúrgica)	41	146 (43 cirúrgicas)
	Saidas Cirúrgicas	129 adulto	201 (sendo 103 eletivas)
	Saidas Obstetricia(clinicas e cirúrgicas)	181 (95 partos)	181 (95 partos)
	Saidas Cirúrgicas Eletivas	-	103 adulto 13 pediatrica
Atendimentos Ambulatoriais	Consulta Médica na Atenção Especializada	328	2114
	Consulta Não Médica	550	1100
Pequenos Procedimentos ambulatoriais	Não necessita de internação	--	220
Saídas Leito Dia (oftalmologia)	Oftalmologia	--	258
SADT Externo	Radiologia	Não há metas para SADT externo neste momento	220
	Tomografia		50
	Laboratório de Análises Clínicas		--
	Eletrocardiograma		100

Nota: Do 1º ao 6º mês 17 leitos clínicos e 10 Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ficarão exclusivas para o enfrentamento da COVID19.

1.6. As Saídas Cirúrgicas contemplam as cirurgias de urgência/emergência.

2. Internações Hospitalares

2.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar 233 saídas hospitalares cirúrgica, 210 saídas em clínica média do 1º ao 6º mês. Já a partir do 7º mês, serão 339 saídas em clínica cirúrgica e 303 em clínica médica, com variação de ± 10% de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Internações (saídas hospitalares)	Meta do 1º ao 6º mês	Meta à partir do 7º mês
Clínica	92	114
Cirúrgica	129	98
Cirúrgica Eletiva	0	103
Obstetrícia	181	181
Pediatria	41	146
Pediatria Cirúrgica Eletiva	0	13
Leito Dia - Procedimentos	0	258

2.2. As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o Hospital.

2.3. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticos e terapêuticos necessários para o atendimento adequado das internações hospitalares.

3. Atendimento Ambulatorial

3.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente 328 consultas médicas e 550 consultas não médicas do 1º ao 6º mês. Já a partir do 7º mês, serão 2114 consultas médicas e 1100 consultas não médicas, com variações de até 10%.

Atendimento Ambulatorial	Meta do 1º ao 6º mês	Meta a partir do 7º mês
Consultas Médicas	328	2114
Consultas Não Médicas	550	1100

3.2. O Atendimento Ambulatorial deverá funcionar de segunda a sexta-feira, das 7h às 18h, no mínimo, atendendo usuários egressos do próprio Hospital e vítimas de Violência Sexual.

3.3. Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente.

3.4. O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, apresentada pelo próprio hospital e posteriormente processada e faturada pelo Ministério da Saúde.

4. Atendimentos às urgências

4.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente média de 6000 atendimentos de urgência/emergência na atenção especializada.

Urgência/Emergência	Média Mensal
Atendimento de Urgência da Atenção Especializada	6000

4.2. O Atendimento de Urgência e Emergência será realizado no serviço de urgência e emergência do Hospital, em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, atendendo usuários referenciados pelo Complexo Regulador Estadual.

4.3. A Unidade Hospitalar é referenciada para as seguintes Urgências Cirúrgicas: Cirurgia Geral, Ortopedia, Cirurgia Vascular, Cirurgia do Trauma e Bucomaxilofacial.

4.4. A Unidade Hospitalar é referenciada para todas Urgências Clínicas com exceção nas especialidades de Cardiologia e Neurocirurgia. Nos casos de Acidente Vascular Cerebral – AVC, realizase somente o atendimento do AVC Isquêmico que esteja na janela de atendimento preconizada pelo Ministério da Saúde – MS.

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

4.6. Os serviços do SADT Interno não serão computados para fins de aferição de Metas de Produção.

4.7. Os serviços do SADT Interno deverão ser informados a SES para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

ANEXO TÉCNICO II
INDICADORES E METAS DE DESEMPENHO

A **FUNDAÇÃO** 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, os quais correspondem a 10% do percentual do custeio do repasse mensal.

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

O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro1. Síntese de Metas de Desempenho	
Indicadores de Desempenho	**Meta**
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥ 85%
Tempo Médio de Permanência Hospitalar (dias)	≤5
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	<21
Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)	< 20%
Taxa de Readmissão em UTI (em até 48 horas)	< 5%
Percentual de Ocorrência de Rejeições no SIH	< 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais*	< 5%
Taxa de leitos bloqueados por motivo operacional	< 20%
Taxa de cesariana em primíparas**	-
Teste de Apgar nos 1º e 5º minutos**	-

* Indicador a ser monitorado a partir do 7º mês.

**Esses indicadores não entrarão como meta, mas deverão ser informados mensalmente à SES

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. Tempo Médio 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 (horas)

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 menos 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 semestre.

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 integra o plano de cuidado do paciente. Readmissões que terminam em óbito também estarão incluídas no numerador.

Para o denominador:

1. São excluídos casos de um dia, alta por óbito, 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. Taxa de Readmissão em UTI (em até 48 horas)

Conceituação: mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão. Trata-se de indicador de qualidade da assistência e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [Nº de retornos em até 48 horas/ Nº de saídas da UTI, por alta] x 100

6. Percentual de Ocorrência de Rejeição 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

7. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos)

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

8. Taxa de leitos bloqueados por motivo operacional

Conceituação: mede o número de leitos que são habitualmente utilizados para internação, porém, no momento do censo, não podem ser utilizados por razões operacionais (manutenção predial ou mobiliária, falta transitória de pessoal). O indicador não inclui o bloqueio dos leitos por condições de enfermidades relativas ao paciente, no período.

Fórmula: [Nº de leitos bloqueados por motivos operacionais/Nº total de leitos] x 100

9. 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.

Fórmula: [Nº de cesáreas em primíparas/Total de partos em primíparas x 100]

10. Teste de Apgar nos 1º e 5º minutos

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, se unidade de alojamento conjunto, intermediária ou cuidados intensivos, além de nortear os cuidados específicos relativos à morbidade própria de cada grupo.

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

ANEXO III
SISTEMA DE REPASSE

1. Regras e Cronograma do Sistema de Repasse

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

1.2. A atividade assistencial da **FUNDAÇÃO** a ser contratada subdivide-se em 04 (quatro) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I, nas modalidades abaixo assinaladas:

a) Internações Hospitalares: saídas hospitalares em clínica médica, cirúrgica, obstetrícia clínica e parto, pediatria clínica e cirúrgica;

b) Atendimento Ambulatorial: consultas médicas na atenção especializada, consulta não médica e Pequenos Procedimentos*;

c) Cirurgias: adulto, pediátrica e oftalmológicas*;

d) SADT*: radiologia, tomografia computadorizada, eletrocardiograma e ultrassonografia.

*metas propostas para o 2º semestre da parceria.

Obs.: Os atendimentos de urgência e emergência não comporão as metas, mas deverão ser informados obrigatoriamente.

1.3. As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento da **FUNDAÇÃO**.

1.4. Além das atividades de rotina, a Unidade Hospitalar poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde.

1.5. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na dotação orçamentária poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a que apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

1.6. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na dotação orçamentária poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a que apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

1.7. O montante do orçamento econômico-financeiro para o custeio do Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho, está estimado em R$ 32.423.447,34 (trinta e dois milhões, quatrocentos e vinte e três mil quatrocentos e quarenta e sete reais e trinta e quatro centavos), para os 06 (seis) primeiros meses do Termo de Colaboração e em R$ 112.601.752,38 (cento e doze milhões, seiscentos e um mil setecentos e cinquenta e dois reais e trinta e oito centavos), do 7º ao 24º mês de vigência do Termo de Colaboração.

1.8 Do montante global, a **parte fixa 90% (noventa por cento)** corresponde ao valor de R$ 29.181.102,61 (vinte e nove milhões, cento e oitenta e um mil cento e dois reais e sessenta e um centavos), do 1º ao 6º mês, e de R$ 101.341.577,14 (cento e um milhões, trezentos e quarenta e um mil quinhentos e setenta e sete reais e quatorze centavos), do 7º ao 24º mês, para o custeio da parte assistencial e para efeito de descontos dos Indicadores de Produção.

a) 89% (oitenta e nove por cento) do valor, R$ 25.971.181,32 (vinte e cinco milhões, novecentos e setenta e um mil cento e oitenta e um reais e trinta e dois centavos), do 1º ao 6º mês, e 67% (sessenta e sete por cento), do valor, R$ 75.443.174,09 (setenta e cinco milhões, quatrocentos e quarenta e três mil cento e setenta e quatro reais e nove centavos), do 7º ao 24º mês, correspondem ao custeio das despesas com internações hospitalares: saídas da clínica médica e cirúrgica.

b) 9% (nove por cento) do valor, R$ 2.626.299,24 (dois milhões, seiscentos e vinte e seis mil duzentos e noventa e nove reais e vinte e quatro centavos), do 1º ao 6º mês, e 26% (vinte e seis por cento) do valor, R$ 29.276.455,62 (vinte e nove milhões, duzentos e setenta e seis mil quatrocentos e cinquenta e cinco reais e sessenta e dois centavos), do 7º ao 24º mês, correspondem ao custeio das despesas com cirurgias e partos.

c) 2% (dois por cento) do valor, R$ 583.622,05 (quinhentos e oitenta e três mil seiscentos e vinte e dois reais e cinco centavos), do 1º ao 6º mês, e 6% (seis por cento) do valor, R$ 6.756.105,14 (seis milhões, setecentos e cinquenta e seis mil cento e cinco reais e quatorze centavos), do 7º ao 24º mês, correspondem ao custeio das despesas com atendimento ambulatorial: consultas médicas e não médicas na atenção especializada e no segundo semestre, inclui ainda os pequenos procedimentos.

d) 1% (um por cento) do valor, R$ 1.126.017,52 (hum milhão, cento e vinte e seis mil dezessete reais e cinquenta e dois centavos), do 7º ao 24º mês, correspondem ao custeio das despesas com SADT Externo: radiografias, tomografias computadorizadas, eletrocardiogramas, ultrassonografias/doppler.

1.9. Do montante global, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor de R$ 3.242.344.73, do 1º ao 6º mês, e R$ 11.260.175,24 do 7º ao 24º mês, está vinculada à avaliação dos Indicadores de Desempenho, de acordo com o estabelecido no Anexo Técnico II, conforme os indicadores abaixo relacionados:

a) Taxa de Ocupação Hospitalar

b) Tempo Médio de Permanência Hospitalar

c) Índice de Intervalo de Substituição

d) Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)

e) Taxa de Readmissão em UTI (em até 48 horas)

f) Percentual de Ocorrência de rejeições no SIH – DATASUS

g) Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por Condições Operacionais

h) Taxa de leitos bloqueados por motivo operacional

i) Taxa de cesariana em primíparas

j) Teste de Apgar nos 1º e 5º minutos

1.10. Os repasses à **FUNDAÇÃO** dar-se-ão na seguinte conformidade:

1.10.1. **90% (noventa por cento)** corresponde à parte fixa e serão repassados em **parcelas mensais**, no valor de R$ 4.863.517,10 (quatro milhões, oitocentos e sessenta e três mil quinhentos e dezessete reais e dez centavos) no primeiro semestre e **parcelas mensais,** no valor de RS 5.630.087,62 (cinco milhões, seiscentos e trinta mil oitenta e sete reais e sessenta e dois centavos, no segundo semestre;

1.10.2. **10% (dez por cento)** corresponde à parte variável e serão repassados **mensalmente** junto com as parcelas da parte fixa, no valor estimado de R$ 540.390,79 (quinhentos e quarenta mil trezentos e noventa reais e setenta e nove centavos) no primeiro semestre e R$ 625.565,29 (seiscentos e vinte e cinco mil quinhentos e sessenta e cinco reais e vinte e nove centavos) no segundo semestre, vinculado à avaliação dos indicadores de desempenho e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo.

1.11. O valor mensal total de cada parcela está fixado em R$ 5.403.907,89 (cinco milhões, quatrocentos e três mil, novecentos e sete reais e oitenta e nove centavos) no primeiro semestre e R$ 6.255.652,91 (seis milhões, duzentos e cinquenta e cinco mil seiscentos e cinquenta e dois reais e noventa e um centavos) no segundo semestre.

1.12. Os pagamentos mensais, dar-se-ão na seguinte conformidade:

Quadro 1. Cronograma de Desembolso de Recursos Financeiros de Custeio

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO	
MÊS	**VALOR**
1	R$ 5.403.907,89
2	R$ 5.403.907,89
3	R$ 5.403.907,89
4	R$ 5.403.907,89
5	R$ 5.403.907,89
6	R$ 5.403.907,89
7	R$ 6.255.652,91
8	R$ 6.255.652,91
9	R$ 6.255.652,91
10	R$ 6.255.652,91
11	R$ 6.255.652,91
12	R$ 6.255.652,91
13	R$ 6.255.652,91
14	R$ 6.255.652,91
15	R$ 6.255.652,91
16	R$ 6.255.652,91
17	R$ 6.255.652,91
18	R$ 6.255.652,91
19	R$ 6.255.652,91
20	R$ 6.255.652,91
21	R$ 6.255.652,91
22	R$ 6.255.652,91
23	R$ 6.255.652,91
24	R$ 6.255.652,91
Total	R$ 145.025.199,72

1.13. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pelo **Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho.**

1.14. Visando o acompanhamento e avaliação do Termo de Colaboração e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **FUNDAÇÃO** nos ANEXOS TÉCNICOS II e III, o mesmo deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo **Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho.**

1.15. As informações acima mencionadas serão validadas através dos registros nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e dos registros no Sistema de Informações Ambulatoriais

(SIA), utilizando o sistema de tabulação TabWin/DATASUS, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.16. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, deverão ser encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

1.16.1. Para tal, a **FUNDAÇÃO** emitirá:

a) Relatório de Execução do Objeto, e

b) Relatório de Execução Financeira.

1.17. O Relatório de Execução Financeira apenas será exigido em caso de descumprimento de metas e resultados estabelecidos no plano de trabalho.

1.18. As informações deverão ser enviadas até o dia 10 (dez) de cada mês para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, a **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

1.19. As metas de desempenho serão avaliadas em regime trimestral, e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês, conforme disposto no Anexo Técnico III.

1.20. Os resultados deverão ser apresentados pela **FUNDAÇÃO** mensalmente.

1.21. A **FUNDAÇÃO** deverá emitir os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pelo Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho, bem como apresentar a prestação de contas anual, por meio de plataforma eletrônica a ser disponibilizada pela **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**, conforme art. 65, da Lei nº 13.019/2014, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados pela **FUNDAÇÃO**.

1.22. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pela **FUNDAÇÃO** para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Termo de Colaboração.

1.23. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do não alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores, na forma disposta neste Anexo Técnico e seus Anexos.

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

1.25. A cada período de 03 (três) meses, a Secretaria de Estado da Saúde procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

1.26. A Comissão de Monitoramento e Avaliação do Termo de Colaboração presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

1.27. Havendo indicação de desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas, a **FUNDAÇÃO** receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

1.28. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela **FUNDAÇÃO**, a Comissão remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

1.29. A **FUNDAÇÃO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta estabelecidos, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre e/ou semestre avaliado, a depender do caso (indicadores de desempenho e quantitativos, respectivamente).

1.30. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada por meio de Termo Aditivo ao Termo de Colaboração, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Termo de Colaboração.

1.31. A análise referida no item 1.26 deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Termo de Colaboração em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **FUNDAÇÃO** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

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

2. Sistemática e critérios de repasse

Com a finalidade de estabelecer a sistemática e os critérios de repasses ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

2.1. Avaliação e valoração dos desvios na produção assistencial (90% do Termo de Colaboração)

2.1.1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão EM REGIME TRIMESTRAL.

2.1.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado no Quadro 2. Repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do Hospital das Clínicas Dr. Serafim de Carvalho, a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo II e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado à **FUNDAÇÃO**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa .

Quadro 2. Repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado.		
SERVIÇOS	**ATIVIDADE REALIZADA**	**VALOR DO REPASSE**
Internações Hospitalares **Peso 89% (1º semestre)** **Peso 67% (2º semestre)**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das internações
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das internações
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado às internações
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às internações
Cirurgias/Partos **Peso 9% (1º semestre)** **Peso 26% (2º semestre)**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das cirurgias
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado às cirurgias
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às cirurgias
Atendimento Ambulatorial **Peso 2% (1º semestre)** **Peso 6% (2º semestre)**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual das consultas e procedimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual das consultas e procedimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado às consultas e procedimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado às consultas e procedimentos
SADT externo **Peso 1% (2º semestre)**	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos exames
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos exames
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos exames
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos exames

2.2. Avaliação e valoração dos indicadores de desempenho (10% do termo de colaboração)

2.2.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico II – Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 1.9. deste documento. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL.**

2.2.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o Percentual de Cumprimento de Meta (PCM), conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$PCM = \frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

PCM = Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A = Valor Atingido;

V_M = Valor da Meta.

2.2.3. Em caso de polaridade do indicador ser quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$PCM = \{1 - [(VA - VM) / VM]\} \times 100$$

2.2.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir:

Regra de pontuação dos indicadores e projetos estratégicos

% DE EXECUÇÃO EM RELAÇÃO À META	NOTA DE DESEMPENHO
≥100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
<40%	0

2.2.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir:

$$\frac{\sum \text{(nota de cada indicador)}}{\text{Quantidade de indicadores}}$$

2.2.6. O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

EM

PONTUAÇÃO GLOBAL	VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO
9 a 10 pontos	100%
8 a 8,9 pontos	90%
7 a 7,9 pontos	80%
6 a 6,9 pontos	70%
Menor que 6 pontos	Zero

Documento assinado eletronicamente por **DANIELLE JAQUES MODESTO**, **Gerente**, em 23/09/2020, às 09:53, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **MARIELI RODRIGUES ANDRADE COSTA**, **Gerente**, em 23/09/2020, às 10:01, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **SANDRO ROGERIO RODRIGUES BATISTA**, **Superintendente**, em 23/09/2020, às 10:10, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.

Documento assinado eletronicamente por **HARDWICKEN MIRANDA VARGAS**, **Superintendente**, em 23/09/2020, às 10:40, 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 **000015437564** e o código CRC **72509FEA**.

GERÊNCIA DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA
RUA SC-01 299 - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - CEP 74860-270 - GOIANIA - GO - S/C

Referência: Processo nº 202000010023569 SEI 000015437564

Ciente.
25/09/2020
EMPaiva

Profª. Enilza Maria Mendonça de Paiva
Diretora Executiva
FUNDAHC / UFG