



Santa Bárbara d'Oeste, 05 de dezembro de 2019.
Ofício nº 192/2019 - SNJ
Ref: Envio de Substitutivo de Projeto de Lei

Excelentíssimo Senhor
Felipe Sanches Silva
DD. Presidente
Câmara Municipal de Santa Bárbara d'Oeste.

Excelentíssimo Senhor Presidente:

Em conformidade com o disposto no artigo 40 da Lei Orgânica Municipal e Processo Administrativo nº 2019/1398-02-10, de 02 de dezembro de 2019, encaminho a essa Casa Legislativa o anexo Substitutivo do Projeto de Lei nº 111/2019 que *“Dispõe sobre alteração da Lei Municipal nº 4.018, de 13 de abril de 2018, bem como do Convênio nº 16/2018, dando outras providências.”*

Tratando-se de matéria de relevante interesse público, solicitamos que referido Projeto de Lei seja apreciado sob regime de urgência, em consonância com o artigo 45 da Lei Orgânica Municipal.

Aproveitamos a oportunidade para renovar a Vossa Excelência e demais nobres Vereadores, os nossos mais sinceros protestos de estima, consideração e apreço.

DENIS EDUARDO ANDIA
PREFEITO MUNICIPAL



SUBSTITUTIVO Nº ____ AO PROJETO DE LEI Nº 111/19

“Dispõe sobre alteração da Lei Municipal nº 4.018, de 13 de abril de 2018, bem como do Convênio nº 16/2018, dando outras providências.”

Art. 1º O Recurso Financeiro repassado à Santa Casa de Misericórdia de Santa Bárbara d'Oeste pela Secretaria Municipal de Saúde – Pré-Fixado, constante na tabela da cláusula 7ª do Convênio nº 16/2018, passa a vigorar no valor de R\$ 1.340.000,00 (um milhão, trezentos e quarenta mil reais) mensais e uma verba especial de custeio no valor de R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais) referente a Emendas Parlamentares de origem Federal.

Art. 2º Fica alterada a cláusula 7ª do Convênio nº 16/2018, firmado com base na Lei Municipal nº 4.018, de 13 de abril de 2018, conforme Anexo I - Termo de Aditamento, fazendo parte da mesma.

Art. 3º Fica alterado o Plano Operativo Assistencial, nos termos da presente lei, parte integrante do Convênio nº 16/2018, passando o referido documento a vigorar por 02 (dois) anos a partir da vigência desta.

Art. 4º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, retroagindo os efeitos financeiros a 13 de maio de 2019, sendo revogadas as disposições em contrário.

Santa Bárbara d'Oeste, 05 de dezembro de 2019.

**DENIS EDUARDO ANDIA
PREFEITO MUNICIPAL**



ANEXO I

TERMO DE ADITAMENTO DE CONVÊNIO Nº __/2019

“1º Termo de Aditamento ao Convênio nº 16/2018, de 20 de abril de 2018, firmado entre o Município de Santa Bárbara d'Oeste e Santa Casa de Misericórdia de Santa Bárbara d'Oeste.”

Pelo presente instrumento, de um lado o

MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ sob o nº 046.422.408/0001-52, com sede à Avenida Monte Castelo, nº 1000 – Jardim Primavera, CEP – 13.450-901, neste ato representado pelo Sr. Prefeito, **DENIS EDUARDO ANDIA** e pela Sra. Secretária Municipal de Saúde, **LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA**, doravante denominada simplesmente **CONVENENTE**, e de outro lado, a

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTA BÁRBARA D'OESTE, CNPJ. nº 56.725.385/0001-09, inscrita no CREMESP sob nº 01.620, com endereço na Rua João Lino, nº. 914, Centro, cidade de Santa Bárbara d'Oeste, Estado de São Paulo, representada neste ato, pelo seu presidente Sr. **APARECIDO DONIZETTI LEITE**, portador do RG nº 12.651.178 e CPF/MF sob nº 002.192.018-46, de ora em diante denominado **CONVENIADA**,

tendo em vista o que dispõe o art. 45 da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Municipal nº 4.018, de 13 de abril de 2018, e Lei Municipal nº _____, de _____ de _____ de 2019, resolvem, de comum acordo, celebrar o presente instrumento, que se regerá pelas normas gerais da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, no que couber, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA 1ª – Fica alterada a cláusula 7º do Convênio nº 16/2018, de 20 de abril de 2018, passando a vigorar com a seguinte redação:

“CLÁUSULA SÉTIMA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

Para execução do presente Convênio, o hospital receberá recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde, sob a forma de orçamentação global mista e repassados mensalmente pelos serviços efetivamente prestados, de acordo com o estabelecido no Plano Operativo Assistencial.

§ 1º Todos os recursos financeiros que compõem o orçamento do hospital e que subsidiem as ações e serviços para o SUS, constarão neste instrumento contratual, com especificação das fontes financeiras federal, estadual,



distrital, municipal e outras.

§2º Os Repasses referentes à tabela dos temas das REDES TEMÁTICAS serão efetuados de acordo com a disponibilidade dos recursos repassados para o Fundo Municipal de Saúde (FMS) de Santa Bárbara d' Oeste e respeitará a vigência das Portarias Ministeriais da linha de Incentivo as quais os valores se destinam, respeitando as exigências estabelecidas por essas Portarias, tais como: cadastros e utilizações comprovadas dos leitos, execução das cirurgias eletivas e atestado pela Setor de Auditoria e Controle (SAC).

§ 3º Neste Convênio, os recursos serão repassados na forma de orçamentação global mista e subdivididos da seguinte forma:

I- o valor anual estimado para a execução do presente Convênio importa em R\$ 30.668.357,24 (trinta milhões, seiscentos e sessenta e oito mil, trezentos e cinquenta e sete reais e vinte e quatro centavos), conforme abaixo especificado:

Repasses	Valor Mensal (R\$)	Valor Anual (R\$)	Fontes de Recursos
1) Subvenção Municipal Fixa	1.340.000,00	16.080.000,00	Fundo Municipal de Saúde
2) Média Complexidade Hospitalar e Ambulatorial	827.364,14	9.928.369,68	Ministério da Saúde
3) INTEGRASUS	14.710,52	176.526,24	Ministério da Saúde
4) Incentivo à Contratualização	123.878,61	1.486.543,32	Ministério da Saúde
5) Pós Fixado (Procedimentos/ Exames)	220.576,50	2.646.918,00	Ministério da Saúde/Secretaria
6) Verba especial de custeio (Emenda Parlamentar)	Parcela única	350.000,00	Fundo Municipal de Saúde
TOTAIS	2.526.529,77	30.668.357,24	

II- o componente pós-fixado que corresponde aos Procedimentos de Alta Complexidade, Média Complexidade Eletiva e aos Procedimentos Estratégicos - FAEC, já cadastrados, será repassado a **CONVENIADA**, "a posteriori", (pós-produção, aprovação, processamento e apenas concomitantemente à respectiva transferência financeira), de acordo com a produção mensal aprovada pela SECRETARIA



Municipal de Saúde, até o limite de transferência do FNS, respeitado, similarmente, o limite estadual para as modalidades de Alta Complexidade e Procedimentos Estratégicos e conforme programação disposta no Plano Operativo Anual.

III– a parcela pré-fixada importa em **R\$16.080.000,00 (dezesesseis milhões e oitenta mil reais)** a ser transferida ao hospital em parcelas fixas mensais de **R\$1.340.000,00 (um milhão, trezentos e quarenta mil reais)** conforme discriminado abaixo e que oneram recursos do Fundo de Saúde do **MUNICÍPIO**:

a) quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado, conforme inciso II desta cláusula serão repassados mensalmente e vinculados ao cumprimento das metas de qualidade discriminadas no Plano Operativo.

b) sessenta por cento (60%) do valor pré-fixado, conforme inciso II desta cláusula, serão repassados mensalmente ao estabelecimento hospitalar de acordo com o percentual de cumprimento das metas quantitativas pactuadas no Plano Operativo, e definidas por meio das seguintes faixas:

b.1) cumprimento de 92% ou mais das metas físicas pactuadas corresponde a um repasse de 100% da parcela referida no caput do artigo;

b.2) cumprimento de 80% a 91% das metas físicas pactuadas corresponde a um repasse de 80% do valor da parcela referida no caput do artigo; e

b.3) cumprimento de 50% a 79% das metas físicas pactuadas corresponde a um repasse de 60% do valor da parcela referida no caput do artigo, salvo haja atestado de permanência comprovado pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização.

§ 4º O cumprimento das metas quantitativas e qualitativas, estabelecidas no Plano Operativo, deverá ser atestado pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização.

§ 5º Caso o hospital não atinja pelo menos 50% das metas pactuadas por três meses consecutivos ou cinco meses alternados, terá seu Convênio e POA, revisados pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, ajustando as metas pactuadas e o valor financeiro ao desempenho do hospital, por meio do Termo Aditivo readequando o POA.



§ 6º Caso o percentual de cumprimento de metas for superior a 100% por três meses consecutivos ou cinco meses alternados será necessário rever o POA e valores contratuais pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização, mediante aprovação do gestor municipal, estadual de saúde e Distrito Federal do SUS, havendo recurso orçamentário.

§ 7º Os valores previstos poderão ser alterados, de comum acordo entre o gestor e o hospital, mediante a celebração de Termo Aditivo que será devidamente publicado e enviado ao Ministério da Saúde, sendo que no caso de necessidade de recursos adicionais, estas serão provenientes da área denominada Teto da Média e Alta Complexidade do Município.

§ 8º A Secretaria Municipal de Saúde aumentará o teto financeiro (alta complexidade ambulatorial e internação) e o repasse de verbas que se trata este convênio (média complexidade ambulatorial e internação) na mesma proporção que o Ministério da Saúde aumentar o valor dos procedimentos existentes nas tabelas do SUS. Anualmente, quando da renovação do Plano Operativo, deverá ser feita a revisão dos valores financeiros.

§ 9º O **MUNICÍPIO** compromete-se a realizar o pagamento ao **HOSPITAL**, impreterivelmente no dia estipulado, conforme descritos abaixo:

I - valor Pré-Fixado (Média Complexidade Hospitalar e Ambulatorial, INTEGRASUS e Incentivos a Contratualização) no valor de **R\$ 965.953,27** (novecentos e sessenta e cinco mil, novecentos e cinquenta e três reais e vinte e sete centavos) até o **10º (décimo)** dia útil do mês.

II - valor Pré-Fixado no valor de **R\$1.340.000,00 (um milhão, trezentos e quarenta mil reais)**, sendo 60% no 5º (quinto) dia útil do mês e 40% até o dia 30 de cada mês.

III - valor Pós-Fixado será repassado até o 25º (vigésimo quinto) dia do mês, mediante entrega de comprovantes e relatórios.

IV – verba especial de custeio no valor de R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais), em parcela única, confirmado seu recebimento junto ao Fundo Municipal de Saúde e em até 10 (dez) dias após a assinatura do presente aditivo.

§10 As verbas serão utilizadas conforme descrito na tabela abaixo:



	VALORES (R\$)	UTILIZAÇÃO
Valor Fixo	1.340.000,00	Pagamento da folha de empregados, médicos e demais profissionais, inclusive pessoa jurídica; Realização de Transporte Especializado a pacientes internados na Rede de Urgência e Emergência intra e inter municipal; Realização de Exames Complementares, Materiais, Insumos, Medicamentos e Procedimentos não disponíveis no Município ou, eventualmente, não cobertos pelo SUS, porém imprescindíveis ao atendimento dos pacientes, inclusive alimentação necessária para pacientes em observação nos PSs. Manutenção das CNDs (Certidões Negativas de Débito); Pagamento de Médicos de Retaguarda para pacientes SUS, a distância e presencial.
	258.541,67	Incentivo a rede de urgência e emergência (40 leitos)
	560.026,88	Incentivo a Cirurgias Eletivas e Procedimentos Ambulatoriais.
Linha de Incentivo	8.795,59	Rede Cegonha
	123.878,61	Incentivo à Contratualização
	14.710,52	INTEGRASUS
Pós Fixado Variável	193.576,50	Procedimentos de média e alta complexidade
	27.000,00	Ambulatorial FAEC – Mamografia com rastreamento
Emenda Parlamentar	350.000,00	Aquisição de medicamentos hospitalares e de dietas enteral e paraenteral.

§11 O Recurso Financeiro repassado ao Hospital pela Secretaria Municipal de Saúde no valor mensal de **R\$1.340.000,00 (um milhão, trezentos e quarenta mil**



reais) mensais, quando solicitados, ficam condicionados à apresentação das Certidões Negativas de Débito - CNDs de FGTS, INSS e tributos da Receita Federal”.

CLÁUSULA 2ª - Do Plano Operativo Assistencial - Em observância ao disposto na cláusula sexta, §§ 1º e 2º do Convênio nº. 16/2018, de 20 de abril de 2018, fica instituído novo POA – Plano Operativo Assistencial, conforme documento anexo, em especial com as alterações nos quadros dos itens 2.2.1, 2.2.3., 4, 5, 5.2 e quadro de Definição da Origem do Repasse.

CLÁUSULA 3ª - Dos Recursos Orçamentários - Os recursos do presente convênio oneram o Fundo de Saúde da **CONVENENTE**, classificação programática nº. 10.302.0040.2.078 e 10.302.0035.2.067.

CLÁUSULA 4ª - Ficam mantidas todas as demais cláusulas do convênio inicial que não foram alteradas pelo presente.

CLÁUSULA 5ª - O hodierno aditamento é feito atendendo-se a solicitação e justificativa da Secretaria Municipal de Saúde e respectiva autorização e entrará em vigor na data de sua publicação, retroagindo os efeitos a 13 de maio de 2019, sendo revogadas as disposições em contrário.

E assim, por estarem de pleno acordo, firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma na presença das testemunhas abaixo.

Santa Bárbara d'Oeste, ___ de _____ de 2019.

MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE
DENIS EDUARDO ANDIA
PREFEITO MUNICIPAL

MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE
LUCIMEIRE CRISTINA COELHO ROCHA
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTA BÁRBARA D'OESTE



**APARECIDO DONIZETTI LEITE
PRESIDENTE**

Testemunhas:

Nome:

RG:

Nome:

RG



ANEXO II

PLANO OPERATIVO ASSISTENCIAL DOCUMENTO DESCRITIVO CONVÊNIO Nº 16/2018 1º TERMO ADITIVO

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTA BÁRBARA D'OESTE

I- CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este Plano Operativo Anual – **POA** é termo integrante do **Convênio** e contém as características gerais dos serviços e atividades desenvolvidas pelo **HOSPITAL**, os compromissos assistenciais com os respectivos quantitativos, as metas gerenciais e de qualidade da assistência e que são objetos de pactuação deste instrumento contratual.

II- CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS SERVIÇOS E ATIVIDADES PACTUADAS E CONTRATADAS

O **HOSPITAL**, conforme previsto pelo Art. 45 da Lei Federal nº 8.080/90, garantirá acesso aos serviços pactuados de forma regular e contínua, segundo a programação específica para cada uma de suas áreas de atuação, em consonância com a proposta organizacional da saúde para o município e região.

Para o período de que trata este **POA**, o **HOSPITAL** se compromete a manter a oferta dos 92 (noventa e dois) leitos para atendimento aos casos eletivos e de urgência e emergência e a população a ele referenciada, pelos mecanismos pactuados nas instâncias de regulação.

As atividades assistenciais compatíveis com a complexidade do hospital desenvolvidas e ofertadas, objeto deste contrato, serão reguladas pela Central de Regulação Municipal e Central de Regulação do Estado de São Paulo de modo a permitir a disponibilização das melhores alternativas de atenção ao usuário, considerando o sistema de saúde como um todo.

A seguir serão descritos os aspectos específicos e referentes a cada área de atuação prevista neste **CONVÊNIO**, firmado entre as partes.

1- Atenção a Saúde

1.1 Capacidade Instalada



A capacidade instalada do **HOSPITAL** é apresentada no Quadro I que detalha, quantitativamente, o conjunto de ambientes que compõem as Unidades de Produção de Serviços (ativas e desativadas).

Distribuição quantitativa dos ambientes ativos e não ativados que compõem as Unidades de Produção de Serviços (UPS)

Quadro I

UPS	ATIVAS
SALAS	
Ambulatório Geral	1
Ambulatório de Oftalmologia	1
Centro Cirúrgico	4
Ortopedia	3
Centro Obstétrico	4
Total	13
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)	
Laboratório de Análises Clínica	1
Imagem (RX e Mamografia, Tomografia e Ultrassonografia)	4
Endoscopia	1
Agência Transfusional	1
Total	07
UNIDADE DE INTERNAÇÃO/LEITOS	
Leitos Hospitalares SUS	84
Leitos UTI (Adulta) SUS	8
Leito Hospitalares não SUS	46
Leitos UTI (Adulta) não SUS	2
Total	140

1.2. Unidade de Internação – Leitos Disponibilizados ao SUS

A Unidade de Internação do Hospital, composta pelos leitos de internação operacionais estão distribuídos segundo especificidades, conforme Quadro I onde, os disponibilizados ao Sistema Único de Saúde, serão regulados pelas Centrais de Regulação do referido sistema, seja Municipal, seja Estadual.



1.3. Perfil Assistencial

Quadro II – Capacidade instalada: distribuição do número de leitos-dia operacionais:

ESPECIALIDADES	SUS	NÃO SUS	TOTAL DE LEITOS EXISTENTES
Clinica			
Clinica Geral	40	35	75
Cirúrgico			
Cirurgia Geral	12	0	12
Traumatologia/ortopedia	4	0	4
Obstétrico			
Centro Obstétrico	04	01	05
Obstetrícia Cirúrgica	20	04	24
Pediátrico			
Pediatria	4	06	10
Complementar			
UTI Adulta Tipo II	7	2	9
UTI Adulta Isolamento	1	0	1
Total Geral Menos Complementar	84	46	130
Total Geral	92	48	140

1.3.1. Será determinado pela Secretaria de Saúde, mediante critérios técnicos, quais serão os pacientes que ocuparão os leitos contratualizados.

1.4. Apresentação dos Serviços Ofertados

As atividades desenvolvidas pelo hospital estão descritas abaixo:

1.4.1. Atividades Assistenciais Médicas e Multiprofissionais.

As unidades de serviços existentes na instituição se organizam por meio das categorias profissionais apresentadas no Quadro III e pelas especialidades médicas apresentada no Quadro IV.

Quadro III- Unidades de Produção de Serviços segundo Profissões de Saúde.



Nº.	Unidades de Produção de Serviços	Nº. de Profissionais
1	Bioquímica/Análises Clínicas	1
2	Enfermeiros	42
3	Técnico de Enfermagem	166
4	Auxiliar de Enfermagem	37
5	Médicos	136
6	Farmácia	19
7	Fisioterapia	11
8	Nutricionista	02
9	Assistente Social	03
10	Fonodiologia	01

Quadro IV - Especialidades Médicas:

Nº.	Especialidade Médica	Nº. de Profissionais
1	Anestesiastas	5
2	Buco-Maxilo	3
3	Cardiologia	3
4	Cirurgia Geral	27
5	Endoscopia	4
6	Ginecologia e Obstetrícia	15
7	Hematologia	1
8	Infectologia	1
9	Nefrologia	3
10	Neurocirurgia	4
11	Neurologia	4
12	Ortopedia	4
13	Pediatria	26
14	Radiologia	1
15	Urologia	4
16	Vascular	4
17	Intensivista	9
18	Oftalmologia	2
19	Clínica Médica	16

As atividades assistenciais produzidas pelas unidades de serviços estarão à disposição do gestor através de seu médico autorizador e auditor para avaliação e verificação, bastando dirigirem-se ao setor onde o paciente encontrar-se internado ou posteriormente ao departamento de faturamento.



Para a comprovação da realização dos atendimentos o **HOSPITAL** se compromete a preencher os documentos comprobatórios abaixo:

I- consultas: o Hospital providenciará o preenchimento da Ficha de Atendimento Ambulatorial FAA contendo todas as informações regulamentares, as quais ficarão a disposição para eventual auditoria da Secretaria de Saúde;

II- cirurgias ambulatoriais, procedimentos odontológicos, procedimentos em traumatologia / ortopedia, diagnose e terapias especiais: preenchimento da FAA, as quais ficarão a disposição para eventual auditoria da Secretaria de Saúde, sendo que os procedimentos que necessitam comprovação diagnóstica por imagem deverão ter o laudo anexado aos mesmos;

III- patologia clínica, anatomia patológica, radiodiagnóstico e ultrassonografia: pedido do procedimento com o número do prontuário e com o laudo anexado;

IV- fisioterapia: apresentação, sob assinatura, de cada sessão efetuada comprovada no prontuário do usuário e prescrição médica contendo a modalidade (global, respiratória, motora, mista: associação das modalidades acima) e a frequência diária. Deverá haver evolução da fisioterapeuta, de acordo com o que for prescrito pelo médico e devidamente realizado, mediante rubrica e carimbo do profissional executante.

1.4.2. Atenção Hospitalar

Operacionalização do acesso à internação de urgência se dará da seguinte forma:

O médico da UPAM (Unidade de Pronto Atendimento Municipal) deverá comunicar-se com o médico plantonista da Santa Casa, passando o estado clínico do paciente. O resgate do Corpo de Bombeiros encaminhará o usuário a UPAM e o médico plantonista fará contato com a Santa Casa, conforme descrito acima.

2 - ROL DE INDICADORES E METAS

As metas a seguir apresentadas estão distribuídas da seguinte forma: 40% de metas qualitativas e 60% de metas quantitativas, na seguinte conformidade:

2.1 - Metas Qualitativas

2.1.1 – Critérios Assistenciais



Indicador	Meta	Prazo	Pontuação (20 pontos)
Taxa de Infecção Hospitalar	Menor que 5%	Imediato	2
Taxa Permanência Clínica	6 dias	Imediato	1
Taxa de Permanência Cirúrgica X Nº de Cirurgias	4 dias	Imediato	1
Taxa Permanência Obstétrica > 5, considerando as laqueaduras	3 dias	Imediato	1
Taxa Permanência Pediátrica	4 dias	Imediato	2
Taxa Permanência Ortopédica	6 dias	Imediato	1
Manual de Normas e Rotinas: Faturamento, UTI, Internação e Farmácia	Imediato	Imediato	2
Taxa de mortalidade Institucional acima de 24h	Menor que 6%	Imediato	4
Protocolos clínicos	UTI	Imediato	1
Acesso aos leitos demandados pelos PSs em até 24 h. Demonstração mediante relatório mensal pormenorizado.	> 50%	Imediato	5
TOTAL			20

2.1.2 - Metas da Gestão

Indicador	Meta	Prazo	Pontuação (10 pontos)
Mapeamento de ocupação hospitalar dos Leitos SUS identificados numericamente e nominalmente por Ala e especialidades, Redes de Urgência e Emergência e UTI, conforme procedimentos pactuados.	Mapas de todos os leitos diariamente, nos horários das 10 horas e 16 horas, incluindo final de semana e feriados.	Imediato	1
Cirurgias suspensas por Motivo 'Extra-paciente'	Menor que 5%	Imediato	1



Relatórios Demonstrativos de Despesas por áreas assistenciais SUS e não SUS (Mat. / Med., RH e honorários médicos).	100% dos Setores Assistenciais	Imediato	1
Comissão de Ética Médica, Revisão de Prontuário, Comissão de Óbito, Comissão de Ética de Enfermagem e CCIH.	Declaração mensal de existência e funcionamento das Comissões. Envio mensal de relatório de CCIH à VISA.	Imediato	1
Apresentação de Prontuários para Auditoria (Procedimentos contidos neste Plano Operativo).	100%, com até 30 dias da data da Alta/realização; divididos proporcionalmente aos dias úteis.	Imediato	1
Plano Diretor do Hospital	Atualização anual	Imediato	1
Alvará de Licença de Funcionamento anual Emitido pela Vigilância Sanitária	Atualização pelo período determinado pela Vigilância Sanitária	Imediato	4
TOTAL			10

2.1.3 Critérios de Qualidade de Humanização

Indicador	Meta	Prazo	Pontuação (05 pontos)
Alojamento conjunto na Maternidade	Manter 24 h	Imediato	1
Programa de visita à maternidade	Agenda de visita a critério da gestante	Imediato	1
Fornecimento de enxovais e materiais higiênicos para as puérperas carentes da Maternidade	Atender 100% das puérperas carentes em casos especiais	Imediato	1
Visitas diárias aos pacientes internados	02 períodos com o fornecimento de informações a respeito da evolução da internação e acesso ao médico responsável	Imediato	1
Curso de Incentivo ao aleitamento Materno, higiene pessoal e cuidado com o Recém-Nascido.	100% das puérperas	Imediato	1
TOTAL			05



2.1.4 Critérios de Qualidade - Satisfação do Usuário

Indicador Índice de aprovação por área de atuação	Meta	Prazo	Pontuação (05 pontos)
Clínica Médica, Ortopedia, Pediatria, Maternidade, Clínica Cirúrgica	Maior que 70%	Imediato	2
*Ouvidoria do município	Maior que 70%	Imediato	3
TOTAL			05

**A ser implantada a critério do município*

Relativamente às metas qualitativas será atribuído o total de 40 pontos, conforme quadro abaixo:

METAS	Pontos
Assistenciais	20
Gestão	10
Humanização	05
Satisfação do Usuário	05
TOTAL	40

2.2 - Metas Quantitativas

2.2.1 - Média Complexidade Ambulatorial - Procedimentos

Média Complexidade Ambulatorial	Nº de Procedimento Pactuados	Valor Mensal
Raios-X	1000	23.520,00
Ultrassom	150	14.175,00
Traumaortopedia	500	15.000,00
Procedimento Ambulatorial	320	8.534,00



Tococardiografia	380	760,00
TOTAL	2.350	61.989,00

O atendimento da meta quantitativa de Procedimentos Pactuados corresponderá a 10 pontos.

2.2.2 - Média Complexidade Ambulatorial - Consultas

Média Complexidade Ambulatorial (Produção)	Nº de Procedimento Pactuados (Até)	Valor Mensal
Consulta	1.200	12.000,00
TOTAL	1.200	12.000,00

O atendimento da quantidade de Consultas Pactuadas corresponderá a 05 pontos.

2.2.2.1 - Estimativa de Consultas

CONSULTAS	MÉDIA MENSAL
Cirurgião	80
Clínico	50
Ginecologia/Obstetra	450
Vascular	20
Neurocirurgião	20
Ortopedia	500
Pediatria	50
Urologista	30
TOTAL	1200

2.2.3 - Média Complexidade Hospitalar - Cirurgias

Média Complexidade	Nº de procedimentos Pactuados	Valor Mensal
Clínica Cirúrgica	180	326.509,13
Obstetrícia	130	136.329,70
Pediatria	30	23.199,05
TOTAL	340	486.037,88

O atendimento da quantidade de Cirurgias Pactuadas corresponderá a 45 pontos.



2.2.3.1 – Estimativa de Clínica Cirúrgica

CLÍNICA CIRÚRGICA	Procedimentos mensais de Urgência	Procedimentos mensais de Eletivos	Procedimentos mensais - Total
Cirurgia Geral	30	50	80
Cirurgia Otorrinolaringologia	05	05	10
Cirurgia Ortopedia	10	20	30
Cirurgia Ginecológica	05	10	15
Cirurgia Urológica	5	15	20
Cirurgia Vascular	08	05	13
Cirurgia Bucomaxilo	02	0	02
Cirurgia Oftalmológica	0	10	10
TOTAL	65	115	180

Relativamente às metas quantitativas será atribuído o total de 60 pontos, conforme quadro abaixo:

METAS	Pontos
Média Complexidade Ambulatorial - Procedimentos	10
Média Complexidade Ambulatorial - Consultas	05
Média Complexidade Hospitalar - Cirurgias	45
TOTAL	60

A pontuação indicada no quadro acima refere-se ao máximo de pontos que podem ser atribuídos por item.

O não atendimento de metas quantitativas em decorrência de falta de demanda da Secretaria Municipal de Saúde não implicará em desconto financeiro para a Santa Casa.



Para fins cálculo de atendimento de metas quantitativas e respectiva atribuição de pontos, será observada a proporcionalidade com o efetivamente realizado, conforme abaixo:

$$\frac{QR}{M} \times PAM = RP$$

QR - Quantidade realizada

M – Meta

PAM – Pontos atribuídos à meta

RP - Resultado de Pontos

Exemplo:

Média Complexidade Ambulatorial – Procedimentos.

Meta 2.350 cujo atendimento integral equivale a 10 pontos e foram realizados 2.000 no período:

$$\frac{2.000}{2.350} \times 10 = 8,51$$

3. AVALIAÇÃO DAS METAS

No cômputo da remuneração da parcela variável, será utilizada a seguinte metodologia para avaliação as metas:

I – A Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Convênio analisará o atendimento das metas qualitativas e quantitativas realizados no respectivo mês de competência e atribuirá a pontuação atingida no período;

II- A remuneração mensal da parcela variável terá o seu percentual definido, de acordo com a pontuação obtida pela instituição, que seguirá a escala descrita abaixo:

PONTUAÇÃO	PERCENTUAL
92 ou mais	100%
80 a 91	80%
50 a 79	60%
26 a 49	40%



Até 25	30%
---------------	------------

III – Eventuais desatendimentos das metas estabelecidas poderão ser justificadas pela Conveniada e caberá à Comissão de Acompanhamento avaliação da sua pertinência e eventual reconsideração.

IV – Dada a especificidade e variáveis atreladas ao índice de mortalidade institucional, caso a meta não seja atingida, deverá ser apresentado relatório com justificativa técnica pela Comissão de Óbito do hospital, o qual será avaliado pela Comissão de Acompanhamento do Convênio que detém a prerrogativa para eventual aceite.

V - O acompanhamento das metas quantitativas e qualitativas será realizado mensalmente. Contudo, será objeto de avaliação quadrimestral para fins de eventuais descontos financeiros, em conformidade com o quadro previsto no item II e demais informações constantes deste instrumento.

4 - REPASSE DOS RECURSOS RELATIVOS AO COMPONENTE PRÉ-FIXADO

Resumo Fixo – MÉDIA COMPLEXIDADE

MÉDIA COMPLEXIDADE	VALOR MENSAL (R\$)
Ambulatorial Fixo (Tabela do Item 2.2.1 + Tabela do item 2.2.2)	73.989,00
Hospitalar Fixo	486.037,88
Hospitalar Fixo Rede de Urgência e Emergência (40 leitos)	258.541,67
Rede Cegonha (01Leito/UTI)	8.795,59
TOTAL	827.364,14

5 - REPASSE DOS RECURSOS RELATIVOS AO COMPONENTE PÓS-FIXADO (VARIÁVEL/ PRODUÇÃO)

Resumo Variável



ALTA E MÉDIA COMPLEXIDADE	VALOR MENSAL (R\$)
Hospitalar	50.000,00
Ambulatorial Média Complexidade	66.526,50
Ambulatorial Alta Complexidade	77.050,00
Ambulatorial - FAEC	27.000,00
TOTAL	R\$220.576,50

5.1 - Ambulatorial Média Complexidade Eletiva

AMBULATORIAL MÉDIA COMPLEXIDADE	N de procedimento Pactuados	Valor Médio Unitário	Valor Médio Total
Ultrassom eletivo	200	R\$87,50	R\$17.500,00
Avaliações Oftalmológicas	300	R\$71,96	R\$21.588,00
Exames Oftalmológicos tabela SUS	50	R\$158,57	R\$7.928,50
Ecocardiograma	30	R\$106,00	R\$3.180,00
Holter	15	R\$106,00	R\$1.590,00
Mapa	06	R\$40,00	R\$240,00
Polissonografia	20	R\$400,00	R\$8.000,00
Processamento Auditivo Central	10	R\$150,00	R\$1.500,00
Otoneurologico	20	R\$200,00	R\$4.000,00
Bera com Sedação	5	R\$200,00	R\$1.000,00
TOTAL			R\$66.526,50

5.2 - Ambulatorial Alta Complexidade

AMBULATORIAL ALTA COMPLEXIDADE	N de procedimento Pactuados	Valor Unitário	Valor Total
Ressonância	80	R\$500,00	R\$40.000,00
Ressonância com sedação	3	R\$750,00	R\$2.250,00
Tomografia com sedação	5	R\$300,00	R\$1.500,00



Tomografia	300	R\$111,00	R\$33.300,00
TOTAL			R\$77.050,00

5.3 Ambulatorial - FAEC

AMBULATORIAL - FAEC	N de procedimento Pactuados	Valor Mensal
Mamografia de rastreamento	600	27.000,00
TOTAL	600	27.000,00

Os valores serão rateados 50% município e 50% federal

6- METAS RELACIONADAS AO REPASSE DO CONTEÚDO DAS TABELAS I, II, III, IV e V.

O cumprimento das metas quantitativas estabelecidas nas tabelas I, II, III, IV e V deverão ser atestados pela Comissão de Acompanhamento do Convênio, mediante Relatório da Auditoria Municipal constituída.

7- REPASSE ÚNICO DE VERBA ESPECIAL DE CUSTEIO REFERENTE A EMENDAS PARLAMENTARES DE ORIGEM FEDERAL

Natureza	Valor único (R\$)
Emendar Parlamentar nº 23660013	200.000,00
Emendar Parlamentar nº 37300008	150.000,00

8- DEFINIÇÃO DA ORIGEM DO REPASSE

Repases	Origem	Valor Mensal (R\$)
1) Subvenção Municipal Fixa	Secretaria Municipal de Saúde	1.340.000,00
2) Média Complexidade Hospitalar e Ambulatorial	Ministério da Saúde	827.364,14
3) INTEGRASUS	Ministério da Saúde	14.710,52
4) Incentivo à Contratualização	Ministério da Saúde	123.878,61
5) Pós Fixado (Procedimentos/ Exames)	Ministério da Saúde/ Secretaria	220.576,50



TOTAL MENSAL	2.526.529,77
---------------------	--------------

O Repasse referente ao item **1** será efetuado mediante avaliação de desempenho e atendimento da demanda referenciada e adequada à capacidade instalada do **HOSPITAL**.

O repasse referente ao item **1** que passou ao valor mensal de R\$1.340.000,00, fica condicionado à apresentação das CNDs de FGTS, INSS e tributos da Receita Federal, quando solicitado.

O Repasse referente ao item **2** será repassado mensalmente e avaliados em um ciclo quadrimestral e um ciclo anual, conforme portaria ministerial que regula o sistema de contratualização de procedimentos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, e de acordo com os efetivos repasses realizados pelo Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde nas Redes de Urgência e Emergência para Regionalização e Rede Cegonha para um leito de de UTI.



EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

O presente Substitutivo ao Projeto de Lei nº 111/2019 visa incluir no projeto originariamente apresentado, recursos decorrentes de duas Emendas Parlamentares de origem Federal no valor total de R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais), mantendo inalteradas as demais disposições apresentadas.

Destacamos que as alterações ora apresentadas decorrem de manifestação por parte da Diretoria da Santa Casa de Misericórdia e previsão para a transferência de tais recursos.

Portanto, pela relevância da matéria, encaminhamos às Vossas Excelências o presente Projeto de Lei, guardamos dos nobres Edis sua apreciação sob regime de urgência em consonância com o artigo 45 da Lei Orgânica Municipal.

**DENIS EDUARDO ANDIA
PREFEITO MUNICIPAL**