



## **ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA**

### **1. INTRODUÇÃO**

1.1. Este ANEXO apresenta a especificação técnica das atividades e serviços de interesse público a serem desenvolvidos pelo contrato de gestão a ser celebrado oriundo do presente processo de seleção pública. De forma adicional, visa orientar a elaboração das propostas das entidades sem fins lucrativos, apresentando as diretrizes gerais para a execução da política pública em questão, bem como permitir o entendimento acerca do contrato de gestão a ser celebrado com a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig.

### **2. DESCRIÇÃO ATIVIDADE/SERVIÇO A SER EXECUTADO VIA CONTRATO DE GESTÃO**

#### **2.1. INTRODUÇÃO**

2.1.1. No Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – PMDI (2019 – 2030), quatro bandeiras foram definidas para marcar a identidade que se quer para Minas Gerais, dentre elas destaca-se a bandeira do “Governo focado em suas responsabilidades essenciais”, ou seja, um “governo direcionando seus melhores esforços na busca da excelência nas suas missões essenciais, produzindo saltos de qualidade. Novos arranjos que garantam a prestação de serviços públicos com qualidade, independentemente de quem seja o responsável pela prestação desses serviços”. A partir da visão de longo prazo para 2030 e das bandeiras, definiram-se dez objetivos estratégicos, dentre os quais destaca-se: “Proporcionar acesso a serviços de saúde de qualidade”, atrelada à supracitada bandeira do “Governo focado em suas responsabilidades essenciais”.

2.1.2. Uma das diretrizes estratégicas da área de Saúde no PMDI estabeleceu a necessidade de “Fortalecer a atenção secundária e terciária expandindo a oferta e melhorando a qualidade de serviços regionalizados.” O presente instrumento convocatório, atrelado a essa diretriz, busca uma gestão mais eficiente no Hospital Regional Dr. João Penido, voltado para atenção secundária e terciária, buscando por meio dos compromissos, escopo e metas pactuados expandir o volume de atendimentos, melhorar a qualidade do serviço e potencializar as ações de média e alta complexidade hospitalar, conforme necessidades regionais

2.1.3 Dessa forma, objetivando aprimorar os atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde residentes na macrorregião Sudeste, bem como aumentar a eficiência na prestação dos serviços de saúde



ofertados a este público, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais pretende implantar um modelo de gestão compartilhada com uma Organização Social de Saúde que atenda às necessidades da população obedecendo a pontos prioritários para a melhoria do Sistema de Saúde, minimizando a demanda reprimida e melhorando a qualidade de serviços ofertados.

2.1.4. A exemplo de outros entes da Federação que demonstraram bons resultados quando da implantação do modelo de gestão por Organização Social, tendo como objetivo atingir resultados mais eficientes em atividades operacionalizadas pela administração pública, o Governo de Minas Gerais sancionou a Lei nº 23.081, de 10 de agosto de 2018, a qual instituiu o Programa de Descentralização da Execução de Serviços para Entidades do Terceiro Setor.

2.1.5. Tendo em vista a necessidade de melhorar o padrão de gestão das atividades e serviços de saúde oferecidos pelo Poder Público estadual à população da macrorregião Sudeste, a urgência em ampliar a oferta de serviços especializados aos cidadãos e promover a excelência na qualidade do atendimento, atentando-se ao cenário fiscal do estado de Minas Gerais, decidiu-se pela celebração de contrato de gestão com objetivo de operacionalizar a gestão e a execução de atividades no Hospital Regional Dr. João Penido, como fruto da futura parceria a ser formalizada.

2.1.6. Sob a ótica do contexto trazido pelo instrumento de planejamento estadual supramencionado, o contrato de gestão a ser firmado tem como objeto: a prestação de serviços técnicos especializados de GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO e EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, incluindo equipamentos, estrutura, maquinário, insumos e outros, no Hospital Regional Dr. João Penido – HRJP, em regime de 24 horas/dia, que assegure assistência universal e gratuita à população, em consonância com as políticas de saúde do SUS e diretrizes da FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG. Visa ainda, por meio de um novo arranjo gerencial, maximizar a eficiência e eficácia na prestação de serviços de saúde com o foco no objetivo estabelecido no PMDI de proporcionar a população acesso a serviços de saúde de qualidade.

2.1.7. Pretende-se com o novo modelo:

- I – Promover a excelência na qualidade da execução dos serviços de saúde.
- II - Melhorar o escopo de serviços especializados ofertados ao usuário SUS.
- III - Implantar um modelo de gestão voltado para resultados.



IV – Ampliar oferta de atendimentos hospitalares de média e alta complexidade, incluindo serviços de diagnóstico, assistência ao parto e nascimento e tratamentos nas especialidades clínicas e cirúrgicas em regime de hospitalização.

V - Buscar a eficiência, eficácia e efetividade na gestão na saúde a ser adotado no Estado de Minas Gerais obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS, atendendo às políticas públicas definidas para a regionalização da saúde, buscando atender os pacientes oriundos da demanda referenciada pelo Sistema Estadual de Regulação.

2.1.8. A estratégia de contratualização de resultados com parceiros que não possuem finalidade lucrativa visa alcançar os melhores resultados, conforme observado em experiências de outros estados e municípios com a utilização do modelo de gestão por Organização Social. Os ganhos de eficiência e as melhorias assistenciais observadas em unidades geridas por OSS nestes Estados podem ser atribuídos, entre outros fatores, a maior autonomia de gestão, melhor estruturação de processos, a contratualização por metas, otimização do uso de recursos públicos e a redução de desperdícios. A alternativa proposta pelo Governo do Estado de Minas Gerais busca atender as necessidades da população e assegurar que a obrigação do Poder Público em garantir serviços de saúde para todos seja cumprida através desta modalidade gerencial.

2.1.9. Os recursos públicos repassados através do contrato de gestão deverão ser aplicados integralmente em atividades e serviços direcionados ao Sistema Único de Saúde, para o atendimento da população de forma gratuita, atendendo às Políticas Nacional e Estadual de Saúde, definidas por meio das normas do Ministério da Saúde (MS) e pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES/MG) e diretrizes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

2.1.10. A parceria desenvolvida entre a Organização Social e o Estado de Minas Gerais observará indicadores e metas de produção, desempenho e qualidade nos quais serão definidos os parâmetros de atendimento aos usuários do Hospital Regional Dr. João Penido. Farão o monitoramento, a avaliação e a fiscalização desta parceria a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão do Estado de Minas Gerais, o Conselho de Saúde, a sociedade civil e os órgãos de controle interno e externo do estado de Minas Gerais.

## **2.2. HOSPITAL REGIONAL Dr. JOÃO PENIDO - HRJP**



2.2.1. O Hospital Regional Dr. João Penido (HRJP) está localizado na rua Maria Freguglia da Silva, nº 1, Bairro Gramma de Juiz de Fora/ Minas Gerais, a 262 km de Belo Horizonte. Possui um terreno de 55.000 m<sup>2</sup>, com 11.773,10 m<sup>2</sup> de área construída. Atua como referência micro e macrorregional, atendendo às demandas oriundas da Microrregião de Juiz de Fora e Macrorregião Sudeste, conforme encaminhamentos das Central municipais e macrorregionais de Regulação.

A macrorregião Sudeste é composta por 94 municípios e conta com 3.785 leitos hospitalares SUS distribuídos em 62 hospitais. A microrregião de Juiz de Fora é composta por 13 municípios, possui 1.737 leitos hospitalares SUS distribuídos em 16 hospitais. Classificado como hospital de grande porte, realiza atendimentos de média e alta complexidade.

2.2.2. Pela completude da oferta de leitos da macrorregião, a população de usuários do SUS da Região Ampliada Sudeste, conforme apontado no documento SESMG - Análise da Evolução do Indicador de Resolubilidade da Assistência Hospitalar Terciária e Secundária (2021), tem acesso a quase totalidade dos procedimentos de média e alta complexidade demandados próximo ao local em que reside, ou seja, a macrorregião apresentou taxa de Resolubilidade na Atenção Hospitalar em média de 97,00% referente ao ano de 2018, 2019 e 2020, o que demonstra que a capacidade da Região de Saúde em responder às suas próprias demandas é satisfatória.

2.2.3. A macrorregião Sudeste não apresenta, em quantitativos totais, déficit de leitos, por outro lado, mesmo regiões com boa resolubilidade, podem apresentar déficits pontuais em algumas especialidades. Por isto é importante a análise detalhada da resolubilidade por clínica/especialidade, para se identificar aquelas que demandam maior expansão, bem como a super oferta de serviços que, conforme identificado pelo PDR/SESMG/2021, nessa região de saúde ocorre em oncologia.

2.2.4. O referido documento sinaliza que a macrorregião SUDESTE ainda possui lacunas de ofertas de serviços hospitalares em algumas especialidades como cirurgia pediátrica, urologia, otorrinaringologia e ginecologia. Assim, pretende-se que os serviços ofertados pelo Hospital Regional Dr. João Penido sejam potencializados buscando-se suprir as necessidades reais da Região.

2.2.5. Quando se aborda a premissa de melhoria da qualidade assistencial, os relatórios do Diagnosis Related Groups (DRG), que comparam o desempenho do HRJP com outros hospitais de mesmo porte, apontam potencial para a ampliação na produção do HRJP, o que é fundamental para melhor



aproveitamento da capacidade instalada e assim melhorar a resposta da unidade em nível macrorregional.

2.2.6. A atenção hospitalar no HRJP atua de forma integrada aos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e com outras políticas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado.

2.2.7. A entrada neste hospital se dá por demanda regulada e/ou referenciada por meio da Central de Regulação, tanto para procedimentos ambulatoriais quanto para internação, exceto no que tange à maternidade, a qual mantém Pronto Atendimento aberto, funcionando e atendendo ininterruptamente demandas espontâneas e referenciadas.

2.2.8. Na unidade são realizadas Internações clínica nas especialidades:

2.2.8.1. Doenças Infecto Parasitárias (DIP), Gastroenterologia, Nefrologia, Pneumologia, Psiquiatria.

2.2.8.2. Internações cirúrgicas adulto: Cirurgia Geral, Cirurgia de Tórax, Cirurgia Ginecológica, Cirurgia

2.2.8.3. Otorrinolaringologia, Cirurgia Urológica.

2.2.8.4. Ginecologia/Obstetrícia: pronto atendimento de urgências ginecológicas/obstétricas, internação Obstetrícia Cirúrgica, Obstetrícia Clínica, Obstetrícia de Alto Risco, na modalidade de Alojamento Conjunto sempre que possível.

2.2.8.5. Pediatria: Clínica Geral, Endocrinologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Neurologia, Pneumologia e Cirurgia Pediátrica.

2.2.8.6. Terapia Intensiva Adulto

2.2.8.7. Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica.

2.2.9. São também realizados exames em patologia clínica, anátomo patológicos, Ultrassonografia geral e obstétrica, Ressonância nuclear magnética, Angiorressonância nuclear magnética, Agiotomografia computadorizada, Tomografia computadorizada, raio x, Ecocardiografia, EcoDoppler, Endoscopia Digestiva Alta, Colangiopancreatografia, Colonoscopia, Broncoscopia, Videolaringoscopia, Colpocitologia, Colposcopia e Histeroscopia, conforme necessidade. Também são realizadas as triagens neonatais: Teste do olhinho, teste da orelhinha, teste da linguinha, teste do coraçãozinho e reabilitação para dispensação de órteses, próteses, cadeiras de roda.



2.2.10. O Hospital Regional João Penido presta, ainda, atendimento ambulatorial eletivo para pacientes nas seguintes linhas de cuidado:

2.2.10.1. Especialidades cirúrgicas: cirurgia geral, urologia, otorrinolaringologia, cirurgia torácica;

2.2.10.2. Ginecologia Obstetrícia: pré-natal de alto risco;

2.2.10.3. Especialidades clínicas pediátricas: pneumologia, endocrinologia, neurologia, nefrologia e infecto-parasitárias;

2.2.10.4. Reabilitação Física, compatível com o perfil do Centro Especializado em Reabilitação (CER)

2.2.11. A Unidade possui capacidade para 206 leitos, de acordo com o CNES, desses 167 deverão ser operacionalizados quando da formalização do contrato que serão distribuídos da seguinte forma:

<b>LEITOS HOSPITALARES HOSPITAL Dr. JOÃO PENIDO</b>	
<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>QUANTITATIVO DE LEITOS</b>
<b>TERAPIA INTENSIVA<sup>1</sup></b>	
UTI ADULTO - TIPO II	20
UTI NEONATAL - TIPO II	20
UTI PEDIATRICA - TIPO II	10
<b>CIRURGICO</b>	
CIRURGIA GERAL E GINECOLOGIA	20
<b>CLINICO</b>	
CLINICA GERAL	30
<b>OBSTETRICO</b>	
ALOJAMENTO CONJUNTO <sup>2</sup>	18
<b>OUTRAS ESPECIALIDADES</b>	
PNEUMOLOGIA SANITARIA <sup>3</sup>	6
PSIQUIATRIA	20 <sup>4</sup>
<b>PEDIATRICO</b>	
PEDIATRIA CLINICA E CIRURGICA	23
<b>TOTAL</b>	<b>167</b>

Fonte: Adaptado pela Diretoria de Contratualização e Gestão da Informação a partir de dados do CNES, outubro de 2021.

Notas: <sup>1</sup> Leitos sazonalmente vocacionados para atendimento de SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19. <sup>2</sup> Obstetrícia clínica e obstetrícia cirúrgica. <sup>3</sup> Inclui leitos de Tisiologia. <sup>4</sup> Onze leitos em processo de habilitação.



2.2.12. A estrutura física da unidade apresenta os seguintes setores:

2.2.12.1. Ambulatório de Especialidades;

2.2.12.2. Centro de Reabilitação;

2.2.12.3. Maternidade (Alojamento Conjunto, Enfermaria de Alto Risco, Pré-parto, Parto e Pós-parto - PPP, Isolamento, Bloco Obstétrico), posto de coleta de leite humano e Casa da Gestante;

2.2.12.4. Unidade de Terapia Intensiva Infantil (Neonatal I, Neonatal II e Pediátrica) e Adulto;

2.2.12.5. Bloco Cirúrgico;

2.2.12.6. Unidades de Internação (Clínica e Cirúrgica);

2.2.12.7. Centro de Material e Esterilização – CME;

2.2.12.8. Farmácia (Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF, Dispensação, Material Médico Hospitalar - MMH, Farmácias Satélites);

2.2.12.9. Agência Transfusional;

2.2.12.10. Serviço de Nutrição e Dietética - SND e Lactário;

2.2.12.11. Centro de Convivência para os servidores;

2.2.12.12. Banco de Tecidos Oculares;

2.2.12.13. Setores administrativos (Almoxarifado, Manutenção, Transporte, Núcleo de Ensino e Pesquisa - NEP, Serviço de Perícia Médica e Serviço de Saúde do Trabalhador - SPMSST, Núcleo Interno de Regulação - NIR, Gestão Estratégica, Tecnologia da Informação, Serviço de Gestão de Pessoas, Financeiro, Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME, Faturamento, Núcleo de Segurança do Pacientes, Codificação DRG, Diretoria, Creche, subestação de energia, estacionamento, campo de futebol, abrigo de ponto biométrico, casa do residente, estação de tratamento de esgoto, abrigo de resíduos sólidos, MGS, vestiário);

2.2.12.14. Necrotério.

2.2.13. A estrutura hospitalar destinada a assistência está distribuída da seguinte forma:

INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA ASSISTENCIA	QUANTIDADE/ CONSULTÓRIOS	LEITOS EQUIPAMENTOS
<b>AMBULATORIAL</b>		
CONSULTÓRIOS CLINICAS INDIFERENCIADO	13	
SALA DE EXAMES	3	
<b>REABILITAÇÃO</b>		
CONSULTÓRIOS	7	



INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA ASSISTÊNCIA	QUANTIDADE/ CONSULTÓRIOS	LEITOS EQUIPAMENTOS
SALA DE CURATIVOS	1	
<b>BLOCO CIRÚRGICO GERAL</b>		
SALA DE CIRURGIA GERAL	4	
SALA DE RECUPERAÇÃO	1	5
<b>BLOCO OBSTÉTRICO</b>		
SALA DE CIRURGIA OBSTÉTRICA	2	
SALA DE PARTO NORMAL (PPP)	3	
SALA DE PRÉ-PARTO	1	1
SALA DE RECUPERAÇÃO	1	2
<b>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA</b>		
CONSULTÓRIOS	1	
SALA DE ACOHLIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	1	

Fonte: Adaptado pela Diretoria de Contratualização e Gestão da Informação a partir de dados do CNES, outubro de 2021 conforme visita técnica de 22/10/2021.

2.2.14. O Hospital Regional Dr. João Penido conta com a Casa de Apoio à Gestante e à puérpera onde ficam hospedadas as gestantes de alto risco e puérperas da região que necessitam de cuidados especiais, mas que não precisam ficar internadas no hospital. A casa permite que estas mulheres recebam um acompanhamento adequado e, quando necessário, tenham acesso rápido ao cuidado hospitalar. Já para as puérperas, a Casa de Apoio contribui para que as mães fiquem mais próximas dos seus bebês, que, por algum motivo, ainda não receberam alta hospitalar. A Casa de Apoio à Gestante e à Puérpera possui capacidade de acolhimento de 10 gestantes/puérperas.

2.2.15. Para cumprir os objetivos de seu programa assistencial, o Hospital Regional Dr João Penido oferta os serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos. Entende-se por SADT a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência (maternidade) e internação da Unidade, 24 horas por dia, ininterruptamente.

2.2.16. O HRJP dispõe de serviços de imagiologia, Laboratório de Análises Clínicas e anátomo patológico próprio e terceirizado. São disponibilizados aos usuários atendidos em regime de Internação, consultas no Pronto Atendimento da Maternidade e ambulatório conforme pactuação do Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos - PCEP.





2.2.17. O Laboratório de Análises Clínicas tem como objetivo a prestação de serviços laboratoriais de microbiologia, parasitologia e análises clínicas aos pacientes internados e aos atendidos no ambulatório da Unidade, egressos do próprio hospital.

2.2.18. O Serviço de Farmácia é responsável por garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do uso seguro e racional de medicamentos e correlatos, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação. O HRJP conta com Serviço de Farmácia Clínica em todas as Unidades de Internação, Unidades de Pacientes Críticos. Possui uma central de abastecimento farmacêutico, uma farmácia central, um almoxarifado de material médico, uma farmácia satélite do bloco cirúrgico e bloco obstétrico e uma farmácia satélite no CTI.

2.2.19. O Serviço de Nutrição e Dietética (SND) presta assistência nutricional e fornece refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada paciente, visando a satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND encontra-se proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento de cada paciente, além de buscar a qualidade de vida dos pacientes de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares. Após elaboração do plano alimentar específico, pela Equipe Nutricional, o SND deve fornecer alimentação necessária. Vale destacar que atualmente o Hospital Regional Dr João Penido contrata de terceiros o Serviço de Nutrição e Dietética. São fornecidas refeições a servidores, pacientes e acompanhantes conforme normas legais e recomendações médicas. Além disso, conta com Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), responsável pela terapia nutricional seja por via oral, enteral ou parenteral. Por fim, a Unidade ainda conta com lactário próprio, o qual realiza o preparo do leite e seus substitutos para atendimento aos recém-nascidos, lactentes e crianças.

2.2.20. A Central de Material e Esterilização (CME) é responsável pela limpeza e processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, o preparo, a esterilização e a distribuição/rastreabilidade dos materiais hospitalares. Esse serviço é realizado pelo HRJP através de equipamentos próprios.

2.2.21. O Serviço de Lavanderia 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. Atualmente, o hospital possui enxoval próprio e contrata de terceiros os serviços de processamento e lavagem.



2.2.22. A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Fhemig possui, dentre suas responsabilidades, o fomento e desenvolvimento das atividades de Ensino e Pesquisa. As Residências Médicas, são um dos importantes pilares das Unidades para qualificação assistencial, produção e disseminação do conhecimento, além de formação de profissionais qualificados para atuação no Sistema Único de Saúde. Todos os Programas de Residência em Saúde devem seguir regulamentação da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM/MEC e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS/MEC.

2.2.23. O Hospital Regional Dr. João Penido é um dos catorze Hospitais da Fhemig com Programas de Residência, e tem as vagas autorizadas pelo Ministério da Educação:

2.2.23.1. Residência Médica: composta atualmente por Programas nas especialidades, Clínica Médica, pediatria e Ginecologia/Obstetrícia. Além das residências em funcionamento está em processo de implantação a residência de neonatologia e intensivista adulto.

2.2.23.2. A Comissão de Residência Médica – COREME/HRJP e a Comissão de Residência Multiprofissional – COREMU/Fhemig são órgãos consultivos e deliberativos ligados diretamente à CNRM e à CNRMS, respectivamente, e são responsáveis pela execução dos Programas de Residência nos Hospitais. Suas estruturas organizacionais devem seguir as Resoluções CNRM 02/2013 e CNRMS 01/2015.

2.2.23.3. O ANEXO IX – SÉRIE HISTÓRICA DE PRODUÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL DR. JOÃO PENIDO, deste Edital, apresenta o histórico de produção hospitalar e ambulatorial do HRJP, apurado no período entre fevereiro/2019 e março/2020<sup>1</sup>, classificado por nível de complexidade, grupos e subgrupos de atendimentos e CID. Destaca-se que é fundamental que a PROPONENTE tenha conhecimento desses dados, para que compreenda a dinâmica de funcionamento da unidade hospitalar e o objeto a ser executado por meio do contrato de gestão.

2.2.23.4. O referido histórico em cruzamento com os dados apurados de desempenho pelo o DRG auxiliou na determinação da produção mínima a ser realizada pela entidade vencedora durante a vigência do contrato de gestão. Neste cenário, entende-se por produção mínima o número de procedimentos mínimos ambulatoriais e hospitalares, de média e alta complexidade a serem

---

<sup>1</sup> Perfil assistencial relativo ao período pré-pandemia.



realizados pelo hospital mensalmente. Esta produção mínima, bem como a metodologia de acompanhamento dos resultados alcançados no período estão descritos no ANEXO DO CONTRATO DE GESTÃO – MONITORAMENTO DA PRODUÇÃO MÍNIMA do Edital.

### **2.3. PRESSUPOSTOS E DEFINIÇÕES**

#### **2.3.1 Assistência Hospitalar**

2.3.1.1. A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreende o conjunto de atendimentos oferecidos ao usuário desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, pela patologia atendida, incluindo todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter e/ou definir 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) tendo como parâmetro a tabela unificada do SUS.

2.3.1.2. A Organização Social deverá adotar alta referenciada, com Relatório de Alta e Guia de Contrarreferência, à Atenção Primária a Saúde ou CAPS quando se tratar de usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, devendo ser registrado em prontuário compartilhado pela equipe multiprofissional.

2.3.1.3. No Processo de Hospitalização estão incluídos:

2.3.1.3. 1. Assistência por equipe médica especializada.

2.3.1.3.2. Assistência por equipes de enfermagem, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, serviço social, farmácia clínica, psicologia, ou outra equipe de apoio técnico, em situação de excepcionalidade, que se fizer necessária.

2.3.1.3.3. Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.

2.3.1.3.4. Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.



2.3.1.3.5. Tratamentos concomitantes, diferentes daqueles classificados como principal que motivaram a internação do usuário, que podem ser necessários, adicionalmente, devido às condições especiais do usuário e/ou outras causas.

2.3.1.3.6. Procedimentos especiais que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do usuário, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do Hospital.

2.3.1.3.7. Diárias de hospitalização em quarto compartilhado, ou individual quando necessário devido às condições especiais do usuário, e/ou quarto de isolamento.

2.3.1.3.8. Utilização do Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.

2.3.1.3.9. Serviço de Hemoterapia para disponibilização de hemoderivados.

2.3.1.3.10. Sala de Amamentação para disponibilização de leite humano.

2.3.1.3.11. Material descartável necessário para os cuidados/tratamentos para as equipes multiprofissionais.

2.3.1.3.12. Alimentação, incluída a assistência nutricional, alimentação parenteral e enteral.

2.3.1.3.13. Fornecimento de roupas hospitalares.

2.3.1.3.14. Cobertura de despesas referentes às condições adequadas para permanência de acompanhante para os usuários idosos, crianças, gestantes e portadores de deficiência conforme legislação vigente.

2.3.1.3.15 Implantação de prontuário único do paciente, informatizado, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todos via sistema, devidamente escritos de forma clara e precisa, com a possibilidade de impressão para que sejam assinados e carimbados pelo profissional responsável pelo atendimento (médicos, equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde que o assistam).

2.3.1.3.16 Registro, obrigatoriamente, todos atendimentos e assistência realizada no Hospital Dr. João Penido em sistema informatizado de gestão hospitalar.



2.3.1.3.17 Manutenção/implantação de padronização visual do Hospital Dr. João Penido e inclusão nos uniformes dos trabalhadores a programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS, disposta na Portaria Ministerial vigente e conforme orientações da FHEMIG.

### **2.3.2. Atendimento às Urgências**

2.3.2.1. São considerados atendimentos de urgência aqueles não programados, que sejam dispensados pelos serviços de Urgência e Emergência da Unidade às pessoas que procurem tal atendimento por demanda espontânea, SAMU ou CBMG, ou encaminhados de forma referenciada, pela Central de Regulação.

2.3.2.2. Deverá ser implantado o Acolhimento do Usuário por Classificação de Risco, inclusive obstétrico, priorizando o atendimento por gravidade do caso, conforme protocolo pré-estabelecido pela FHEMIG, e não por ordem de chegada, em consonância com as ações recomendadas pela Política Nacional de Humanização e pela Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências.

2.3.2.3. Se, em consequência do atendimento de Urgência na unidade, o usuário é colocado em regime de observação por um período menor que 24 horas, e não ocorrer a internação ao final desse período, somente será registrado o atendimento de consulta de urgência, não gerando nenhum registro de internação.

2.3.2.4. A entidade vencedora deverá disponibilizar leitos de observação em função dos atendimentos de urgência e emergência obstétrica, por período de até 24 horas (não caracterizando internação hospitalar) e implementar um Pronto Atendimento Geral Adulto e Pediátrico após 6 meses da assinatura do contrato de gestão, conforme Anexo II DO CONTRATO DE GESTÃO – PROGRAMA DE TRABALHO.

2.3.2.5. Os exames solicitados para atender os casos de urgência e emergência obstétrica deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização.

2.3.2.6. Deverão ser disponibilizadas estatísticas do quantitativo e tempo de atendimento de urgência e emergência em todas as suas etapas, ou seja, da chegada e identificação na recepção, à estratificação de risco, atendimento médico, coleta e realização de exames, medicação e período de observação, se houver, até o desfecho de alta, internação ou transferência.



### **2.3.3. Projeto Assistencial**

2.3.3.1. As diretrizes gerais para o projeto assistencial do Hospital Regional Dr. João Penido devem seguir a Política Nacional da Atenção Hospitalar e Diretrizes/ Normativas da FHEMIG e do SUS em geral.

2.3.3.2 A equipe de saúde será integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais.

2.3.3.3. O modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

2.3.3.4. A clínica ampliada e a gestão da clínica serão a base do cuidado, com foco no usuário, por meio da implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, com a garantia de visita aberta com a presença do acompanhante e com a valorização de fatores subjetivos e sociais.

2.3.3.5. As equipes multiprofissionais de referência serão a estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital e serão formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares.

2.3.3.6. A horizontalização do cuidado será uma das estratégias para efetivação da equipe de referência, com fortalecimento de vínculo entre profissionais, usuários e familiares.

2.3.3.7. O Plano Terapêutico será elaborado de forma conjunta pelas equipes de referência, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, com o objetivo de reavaliar diagnósticos e redefinir as linhas de intervenção terapêutica, devendo ser registrado em prontuário unificado compartilhado pela equipe multiprofissional.

2.3.3.8. As equipes dos serviços hospitalares atuarão por meio de apoio matricial, propiciando retaguarda e suporte nas respectivas especialidades para as equipes de referência, visando a atenção integral ao usuário.

2.3.3.9. O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, por meio da atuação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou Núcleo



de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

2.3.3.10. Cabe ao hospital manter o núcleo de Segurança do Paciente nos moldes descritos na legislação pertinente, de forma a elaborar um Plano de Segurança do Paciente, bem como garantir a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente.

2.3.3.11. Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos, definidos pela Fhemig, deverão ser adotados para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, reduzindo desperdícios e qualificando a assistência prestada ao usuário.

2.3.3.12. Ações que assegurem a qualidade da atenção e boas práticas em saúde deverão ser implementadas para garantir a segurança do paciente com redução de incidentes desnecessários e evitáveis, além de atos inseguros relacionados ao cuidado.

2.3.3.13. Cabe ao hospital implantar a visita aberta, de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes ao pronto socorro e às unidades de internação, favorecendo a relação entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência.

2.3.3.14. A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de:

I – orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;

II – articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; e

III- implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS.

2.3.3.15. As prescrições de medicamentos observarão a Relação Nacional de Medicamentos RENAME, excetuadas as situações ressalvadas em protocolos avalizados pela FHEMIG.

#### **2.3.4. Gestão**

2.3.4.1. Tendo em vista que o funcionamento do Hospital Regional Dr. João Penido acontecerá de acordo com os preceitos deste Edital, do contrato de gestão e sob as determinações impostas pela Lei nº 23.081,



de 10 de agosto de 2018, do Decreto nº 47.553, de 07 de dezembro de 2018 e do Decreto Estadual nº 47.742 de 25 de outubro de 2019, cabe a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais monitorar, fiscalizar e avaliar a execução dos serviços e atividades pela entidade, utilizando os indicadores de resultados definidos no contrato de gestão como subsídio.

2.3.4.2. A entidade vencedora do processo de seleção pública deverá dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal e quantitativo compatível para o perfil do HRJP e os serviços a serem prestados, obedecendo as normas estabelecidas pelo SUS, Ministério do Trabalho e Emprego especialmente à Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, Resoluções dos Conselhos Profissionais e diretrizes e normativas da FHEMIG e do SUS.

2.3.4.3. A entidade vencedora do processo seletivo deverá receber os servidores que anuírem com a cessão especial prevista no art. 79 da Lei nº 23.081, de 10 de agosto de 2018, que será realizada com ônus para o órgão ou entidade cedente, bem como deverá observar o disposto no Decreto Estadual nº 47.742, de 25 de outubro de 2019, que dispõe sobre a cessão especial de servidores civis.

2.3.4.4. A entidade vencedora será responsável pela delegação de tarefas e gerenciamento das atividades dos servidores cedidos e deverá contribuir para os trâmites necessários à Avaliação de Desempenho Individual, nos termos do regulamento.

2.3.4.5. A entidade vencedora, para atender as necessidades e especificidades dos servidores cedidos, deverá estabelecer, na estrutura do Hospital Regional Dr. João Penido, uma unidade de Recursos Humanos que, dentre outras ações típicas de gestão de pessoas, garanta interface entre a Fhemig e a entidade. Esta unidade deverá contar com profissionais que realizem tanto as tarefas relativas à gestão de pessoal próprio da entidade como dos servidores públicos da Fhemig que estejam cedidos ao contrato de gestão. A Fhemig prestará constante apoio técnico à entidade, demonstrando todas as normativas, os fluxos e procedimentos típicos da área de gestão de pessoas da administração pública estadual.

2.3.4.6. A entidade vencedora deverá eleger um Responsável Técnico (médico) da unidade com registro no respectivo conselho de classe.

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





2.3.4.8. A entidade vencedora deverá realizar todas as atividades assistenciais quantificadas no contrato de gestão, atendendo aos parâmetros de qualidade exigidos. Será responsabilidade da entidade vencedora prover todas as atividades de suporte necessárias aos atendimentos realizados no Hospital Regional Dr. João Penido.

2.3.4.9. A entidade vencedora deverá estabelecer rotinas administrativas de funcionamento, bem como adotar nas rotinas assistenciais a utilização de documentos de Gestão da Qualidade (Protocolos, Procedimentos Operacionais Padrão, Matriz de Registro, Guia e Manuais, Fluxogramas, dentre outros), devidamente atualizados e assinados pelo Responsável Técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos. Todos documentos citados deverão obedecer a Política de Gestão da Qualidade da Fhemig.

2.3.4.10. A entidade vencedora deverá desenvolver uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo as normas da legislação trabalhista vigente a qual está submetida, assim como deverá implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR nº 32/2005 do MTE.

2.3.4.11. A gestão do Hospital Regional Dr. João Penido deverá respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida.

2.3.4.12. A entidade vencedora deverá prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas, prediais e de gases em geral por quadro próprio de pessoal ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial e de manutenção de equipamentos, respeitado o disposto no(s) regulamento(s) próprio(s) que disciplinem os procedimentos para compras e contratações.

2.3.4.13. A entidade vencedora será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico, conforme as diretrizes das Portarias vigentes.

2.3.4.14. A entidade vencedora deverá estabelecer e manter em pleno funcionamento todas as Comissões e Comitês obrigatórios e quaisquer outros que venham a se tornar legalmente obrigatórios, necessários ou normatizados pela FHEMIG.



2.3.4.15. A entidade vencedora deverá seguir os seguintes Preceitos da Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde:

2.3.4.15.1. Laboratórios prestadores de serviços ao hospital HRJP devem seguir fluxo de monitoramento de bactéria multirresistentes, incluindo a disponibilidade de cepas de bactérias;

2.3.4.15.2. Garantir a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e do Núcleo de Segurança do Paciente;

2.3.4.15.3. Alimentar o Sistema Segurança do Paciente - NOTIVISA e Controle de Infecção nos Serviços de Saúde – FORMSUS;

2.3.4.15.4. Seguir a Notas Técnica se normativas da ANVISA no que diz respeito aos Critérios de Diagnósticos de Infecções relacionadas a Associação à Saúde para Notificações dos Indicadores Regionais;

2.3.4.15.5. Garantir às vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento conforme normativa e Resoluções vigentes.

2.3.4.16. A entidade vencedora deverá observar e respeitar todas as disposições do SUS, bem como Leis, Normas sanitárias e regramentos da FHEMIG, observando suas atualizações e atentando-se aos demais dispositivos legais não citados neste documento:

2.3.4.17. A entidade vencedora deverá garantir mecanismos e procedimentos internos de integridade, auditoria e incentivo à denúncia de irregularidades e da aplicação efetiva de códigos de ética e conduta.

2.3.4.18. A entidade vencedora deverá remeter imediatamente ao Supervisor do contrato de gestão as intimações e as notificações administrativas e/ou judiciais, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses da Fhemig.

2.3.4.19. A entidade vencedora deverá publicizar os resultados assistenciais do HRJP, em consonância com os indicadores de qualidade, humanização, quantidade e medidas de melhorias com periodicidade mensal, mantendo os dados atualizados e contemporâneos à publicação, de forma a prestar contas à sociedade, através de instrumento de acesso facilitado e livre, tal como página na internet.

### **2.3.5. Projetos especiais e novas especialidades de atendimento**

2.3.5.1. Para fins de formalização desta parceria, a entidade vencedora deverá implementar projetos especiais, os quais irão abranger novas especialidades de atendimento, conforme Anexo II DO CONTRATO



DE GESTÃO – PROGRAMA DE TRABALHO, itens: 4. QUADRO DE PRODUTOS e 5. ATRIBUTOS DOS PRODUTOS, quais sejam:

- Produto 1.1 – Tramitar processo de habilitação dos 11 novos leitos de UTI Adulto;
- Produto 1.2- Cumprir exigências do Valora Minas no Módulo: Hospitais Plataforma- Hospitais com Centro de Parto Normal;
- Produto 1.3 – Implantar, cumprir todas as formalidades e tramitação da Habilitação 10 leitos de Hospital dia Cirúrgico;
- Produto 1.4 – Reativar e tramitar processo de habilitação de 3 leitos de Unidade de cuidado intermediários neonatal convencional (UCINCO) e unidade de cuidado intermediários neonatal canguru (UCINCA);
- Produto 1.5 – . Tramitar processo de habilitação dos novos 11 leitos de Saúde Mental em Hospital Geral que está em processo de implantação na unidade;
- Produto 1.6 - Tramitar processo de mudança de habilitação dos 9 leitos de Saúde Mental existentes no HRPJ para leitos de Saúde Mental em Hospital Geral;
- Produto 1.7 - Implantar e tramitar processo de certificação em Hospital de Ensino;
- Produto 1.8 - Implantar Unidade de Queimados e tramitar processo de habilitação;
- Produto 1.9 - Reativar Unidade de Pronto Atendimento geral (UPA 24H) Opção III conforme Portaria Nº 10, de 3 de janeiro de 2017, e tramitar processo de habilitação;
- Produto 1.10 - implantar e tramitar processo de habilitação de CER II (reabilitação motora e visual);
- Produto 1.11 Implantar e tramitar processo de habilitação do serviço hospitalar de atendimento especializado e integral ao traqueostomizado criança (SAITc HRJP);
- Produto 2.1 Obter Acreditação ONA Nível 2;
- Produto 2.2 - Implantar Sistema de Gestão Hospitalar;
- Produto 2.3 – Implantar Plataforma Eletrônica de Prestação de Contas;
- Produto 3.1 – Elaboração de Projetos de Reforma;
  
- Produto 4.1 – Elaboração de portfólio de projetos para pleito de Emenda Parlamentar;
- Produto 5.1 - Implementar a execução dos novos Protocolos Assistenciais definidos pela Administração Central da FHEMIG e manter a utilização dos já implementados.



2.3.5.2. Se, ao longo da vigência do contrato, de comum acordo entre as partes, a entidade parceira se propuser 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 Fhemig e gestor local do SUS.

2.3.5.3. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado.

### **2.3.6. Tecnologia da Informação**

2.3.6.1. As obrigações e a estrutura mínima que integram o campo da Tecnologia da Informação (T.I.) envolvem as responsabilidades da entidade quanto ao respeito às legislações pertinentes à área, bem como ao atendimento de requisitos necessários para o funcionamento do serviço.

2.3.6.2. Existe um conjunto de portarias e normativas a serem seguidas pela entidade vencedora que regulam o Sistema Único de Saúde (SUS), disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde, pela Secretaria Municipal de Saúde, pelos Conselhos de Saúde, ou por outros órgãos competentes. Estas regulam as ações assistenciais, ações de vigilância à saúde, epidemiologia, informação em saúde, prestação de contas e faturamento, dentre outras.

2.3.6.3. Para além desse grupo de normativas, deve-se observar a Política Nacional de Informações e Informática em Saúde (PNIIS), que determina uma série de princípios, diretrizes e recomendações que norteiam as ações de Tecnologia da Informação (T.I.) do sistema de saúde brasileiro.

2.3.6.4. Em relação ao arquivamento de informações e documentos de caráter público, a entidade vencedora deverá observar e seguir todas as normativas vigentes e pertinentes, e regulamentos complementares, bem como determinações do Conselho Federal de Medicina que versa sobre normas técnicas para a guarda, manuseio e tempo de guarda do Prontuário Médico. No que tange a transparência e acesso a informação, devem ser observadas e respeitadas pela entidade vencedora as previsões existentes na Constituição Federal e na Legislação vigente, bem como regulamentos complementares, e diretrizes da Controladoria Geral da União dentro do programa Brasil Transparente e da Controladoria Geral do Estado - CGE.



2.3.6.5. No que diz respeito aos requisitos da estrutura mínima de Tecnologia da Informação, a entidade vencedora deverá apoiar a implantação e utilizar o Sistema de Informação de Gestão Hospitalar – SGH adotado pela FHEMIG.

2.3.6.6. Enquanto o sistema de informação de gestão hospitalar não estiver inteiramente em execução, todas as informações da assistência prestada no HRJP devem ser lançadas no SIGH/Fhemig.

2.3.6.7. A Organização Social deverá providenciar, implantar e adotar plataforma eletrônica de prestação de contas que permita integração e interfaciamento com os sistemas de gestão hospitalar, sistema financeiro e demais sistemas que se façam necessários para a alimentação dos dados de controle e monitoramento do contrato de gestão.

2.3.6.7.1 A referida plataforma eletrônica de prestação de contas deverá gerar e transmitir os seguintes relatórios para a prestação de contas dos repasses recebidos pelas Organizações Sociais:

- a) resumos financeiros, aplicações financeiras e conciliação bancária;
- b) rapasses e pagamentos efetuados;
- c) centro de custo e gastos com colaboradores;
- d) relação de fornecedores de materiais e serviços e fornecedores médicos;
- e) grupo de despesas / itens de despesas;
- f) demonstrativo imobilizado; g) relação de contratos;
- h) controle de estoque;
- i) demonstrativo de depreciação;
- j) folha de pagamento de pessoal, de dirigentes e servidores, bem como seus encargos e rescisões trabalhistas;
- k) demonstrativo de pagamento custo fixo e recibo de pagamento autônomo;
- l) relação de bens móveis e bens inservíveis;
- m) relatório contábil de demonstração do resultado do exercício;
- n) balancetes analíticos e sintéticos;



- o) balanço patrimonial;
- p) investimento em reforma de imóvel e aquisição de equipamentos;
- q) boletim financeiro, com fluxo de caixa e pagamentos de juros;
- r) metas de produção e declarações;
- s) demandas judiciais;
- t) registro diário de todos os fatos contábeis;
- u) razão contábil. II - Armazenar e disponibilizar no primeiro dia útil após cada movimentação financeira, acesso a toda documentação referente as despesas realizadas, tais como:
  - a) extrato bancário;
  - b) contratos;
  - c) relatórios de medição,
  - d) recibo de prestação autônomo; RPA;
  - e) guia de recolhimento do fundo de garantia;
  - f) notas fiscais e cupons fiscais;
  - g) comprovante de pagamento e recibos;
  - h) boletos;
  - i) orçamentos;
  - j) certidões negativas de débito;
  - k) guias de recolhimento do documento de arrecadação de Receitas Federais – DARF;
  - l) guias de recolhimento do documento de arrecadação estadual - DAE;
  - m) dispor de software integrador para elaboração dos demonstrativos e indicadores econômicos financeiros, evidenciando as movimentações contábeis e financeiras referentes aos contratos de gestão.



2.3.6.8. A plataforma eletrônica de prestação de contas deverá dispor de módulo para certificação digital dos documentos eletrônicos que serão transmitidos à Fhemig, com segurança e transparência,

2.3.6.9. Dispor de módulo de acompanhamento e fiscalização, que possibilite a Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão analisar e classificar os registros, bem como notificar a Organização Social de eventuais inconsistências.

2.3.6.10. Os arquivos transmitidos e assinados digitalmente deverão ser criptografados pelo emitente contador legalmente habilitado e descriptografados no recebimento das prestações de contas com o objetivo de conferir segurança à transmissão de dados.

2.3.6.11. Os relatórios gerenciais emitidos pelo módulo financeiro devem ser compatíveis com a memória de cálculo do contrato de gestão celebrado, com os modelos de Relatório Gerencial de Resultados e Financeiro específicos do contrato e demais condições que serão postas pela Fhemig, relativas aos trabalhos de monitoramento, avaliação e prestação de contas.

2.3.6.12. Durante o período de transição da implantação e execução dos sistemas de informação de gestão hospitalar, a OSS deverá enviar relatórios gerenciais, assistenciais e financeiros com periodicidade mensal.

2.3.6.13. A entidade vencedora deverá ainda criar no HRJP a cultura de gerenciamento e controle de custos, permitindo que cada centro de custo/unidade de negócio avalie a sua performance.

2.3.6.14. A FHEMIG deverá ter acesso total aos sistemas, com usuários e senhas próprios, de modo a permitir o monitoramento contínuo das operações, podendo ser propostas, quando houver necessidade, medidas corretivas.

2.3.6.15. A entidade parceira, quando solicitada pela Fhemig, deverá fornecer quaisquer dados e/ou informações, bem como garantir plena disponibilidade dos sistemas informatizados adotados. A Fhemig poderá solicitar à entidade parceira novas funcionalidades para os sistemas informatizados, cuja disponibilidade será previamente pactuada entre as partes.

### **2.3.7. Metodologia de grupos de diagnósticos relacionados – DRG**



2.3.7.1. Será de responsabilidade da entidade utilizar a metodologia de Grupos de Diagnósticos Relacionados - DRG, através da codificação Admissional e de Alta de 100% dos pacientes internados no hospital.

2.3.7.2. Todos os processos e requisitos estabelecidos para o funcionamento da metodologia de Grupos de Diagnósticos Relacionados – DRG, desde a codificação até à geração e acompanhamento dos resultados devem ser cumpridos pela entidade parceira. A principal via de acompanhamento destas atividades serão os dados obtidos através da alimentação de software específico para tal.

2.3.7.3. A Codificação de Alta deverá se dar em até 7 dias após o lançamento da alta no PEP para 100% das altas hospitalares lançadas, sendo esta obrigação mensurada pelo Indicador Percentual de Codificação DRG de Alta, conforme Anexo II DO CONTRATO DE GESTÃO. Além disso, a entidade parceira deverá garantir codificação fidedigna através do lançamento das informações registradas pela equipe de saúde no PEP, devendo constar o Conjunto Mínimo de Dados (CMD), de acordo com a metodologia e parâmetros definidos pela FHEMIG

2.3.7.4. Por fim, deve-se garantir o acesso remoto, contínuo e irrestrito à Fhemig ao sistema DRG para que esta possa realizar Auditoria no processo de codificação e de desempenho Hospitalar (Auditoria Assistencial).

## **2.4. DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO**

2.4.1. A entidade vencedora deverá atender, com os recursos repassados a ela via contrato de gestão, exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde. Será oferecida assistência para os serviços descritos neste item aos cidadãos que recorrerem ao Hospital Regional Dr. João Penido, bem como àqueles encaminhados à Unidade por meio da Central de Regulação Assistencial e por demanda espontânea de urgência e emergência obstétrica.

2.4.2. A internação do usuário deve ser realizada garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento. Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deve solicitar, via SUSFácilMG, a transferência desses pacientes para outras unidades hospitalares.





2.4.3. Os serviços devem observância às Políticas Nacional e Estadual de referência de média e alta complexidade, definidas por meio das normas emanadas pelo Ministério da Saúde – MS e pela SES/MG bem como diretrizes estabelecidas pela FHEMIG.

#### **2.4.5. Urgência e Emergência**

2.4.5.1. O Hospital Regional Dr João Penido – HRJP disponibilizará atendimentos de urgência e emergência de clínica adulto, pediátrica e obstétrica 24 horas por dia, ininterruptamente todos os dias do ano.

2.4.5.2. Deverá ser implantado o Acolhimento do Usuário por Classificação de Risco, priorizando o atendimento por gravidade do caso, conforme protocolo pré-estabelecido e validado pela FHEMIG, e não por ordem de chegada. O serviço deve funcionar em consonância com as ações recomendadas pela Políticas de Saúde do SUS e diretrizes da FHEMIG, em destaque a Política Nacional de Humanização.

#### **2.4.6. Assistência ambulatorial eletivo**

2.4.6.1. Serão atendidos no Hospital Regional Dr João Penido em consultas e procedimentos ambulatoriais para avaliações pré e pós operatórias e retornos programados de egressos do hospital.

2.4.6.2. O atendimento ambulatorial compreende: primeira consulta, interconsulta, se necessário; avaliação pré-cirúrgica, risco cirúrgico cardiológico, retorno pós-operatório e consultas de intercorrência pós procedimento.

2.4.6.3. O atendimento ambulatorial, será direcionado as seguintes especialidades médicas:

2.4.6.3.1. Cirurgia geral;

2.4.6.3.2. Ginecologia/Obstetrícia;

2.4.6.3.3. Pediatria cirúrgica;

2.4.6.3.4. Queimados<sup>2</sup> ;

2.4.6.3.5. Pneumologia;

2.4.6.3.6. Neonatologia;

2.4.6.3.7. Urologia;

2.4.6.3.8. Otorrinolaringologia.

---

<sup>2</sup> A ser implantado



2.4.6.4. O cuidado ambulatorial deve ser realizado por equipe multiprofissional de acordo com o escopo de atuação da unidade.

2.4.6.5. Tanto o seguimento pós internação, quanto o ambulatorial deve estar integrado à rede de assistência à saúde de macrorregião, referenciando os usuários de forma qualificada, para a continuidade da atenção e integralidade do cuidado.

#### **2.4.7. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)**

2.4.7.1. Deverão ser disponibilizados pela entidade exames e ações de Apoio Diagnóstico e Terapêutico aos usuários atendidos no HRJP em regime de Internação, consultas no Pronto Atendimento da maternidade e usuários egressos do Ambulatório de Retornos, conforme protocolos estabelecidos e validados pela FHEMIG.

2.4.7.2. Deverão ser ofertados exames laboratoriais, anatomopatológicos e exames de imunohistoquímica. Ademais, para atender todas as demandas assistenciais, deverão ser ofertados exames de imagem, propedêuticos e terapêuticos, incluindo procedimentos percutâneos e os demais que se fizerem necessários para o diagnósticos e tratamento dos usuários atendidos pelo hospital.

2.4.7.3. Os serviços de Apoio Diagnóstico essenciais e de emergência deverão estar disponíveis durante 24 horas por dia, 7 dias na semana, em quantidade suficiente para atender a necessidade apresentada, de forma racionalizada por protocolos clínicos por nível de gravidade do paciente e patologia.

2.4.7.4. O Laboratório de Análises Clínicas Hospitalar deverá garantir o fornecimento de todos os itens necessários para coleta e transporte das amostras, processamento dos exames, emissão e entrega dos laudos. O(s) laboratório(s) deverá(ão) possuir capacidade técnica para realização de coletas microbiológicas e especiais (raspado de unha e pele, coleta de pêlo, swab uretral / vaginal, coleta de secreções, entre outros), seguindo as recomendações técnicas do Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/ Laboratórios Centrais.

2.4.7.5. Para imagens e/ou laudos transmitidos online ou por meio digital, deveram observar as disposições do Conselho Federal de Medicina. Todos os exames deverão contar com laudos e resultados digitais que deverão ser disponibilizados em formato compatível com o sistema de prontuário eletrônico utilizado.



2.4.7.6. Disponibilizar os equipamentos necessários à plena e contínua execução dos serviços, que atendam à normatização da ANVISA, e compatíveis com o tipo e volume de exames contratados, inclusive, capacitando-se para adotar medidas e ações contingenciais em eventuais falhas no fornecimento de utilidades (energia elétrica, água, gases medicinais, utilidades de forma geral) ou defeitos em equipamentos ou sistemas, mantendo a estrutura física do Hospital Dr João Penido em plenas condições de operação, visando garantir sua funcionalidade de forma ininterrupta e segura para os usuários, visitantes e funcionários.

2.4.7.7. Realizar manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos próprios ou locados utilizados para a prestação do serviço, com reposição de peças e insumos necessários à manutenção. A manutenção corretiva dos equipamentos deverá ser realizada em até 24 horas. Ultrapassado este prazo, os equipamentos passíveis de deslocamento deverão ser substituídos por outros equipamentos em perfeito estado de funcionamento.

2.4.7.8. Para os casos onde não há possibilidade de substituição do equipamento, caberá providenciar alternativas para a realização dos exames previstos, sem que haja descontinuidade da assistência prestada.

#### **2.4.8. Assistência farmacêutica**

2.4.8.1. A entidade vencedora deverá garantir o uso racional dos materiais e medicamentos, com assistência farmacêutica em tempo integral, abrangendo o controle de estoque, condições adequadas de armazenamento, segurança na dispensação e no uso com rastreabilidade, bem como atividades de farmácia clínica, com o monitoramento de eventos adversos (Farmacovigilância), desenvolvimento de protocolos de farmácia clínica, análise da prescrição, prestação de assistência clínica farmacêutica e implantação de comissão de validação/padronização do rol de medicamentos, materiais médico-hospitalares e outros insumos (Comissão de Farmácia e Terapêutica) com regimento aprovado de acordo com as legislações vigentes dos Conselho de Farmácia e ANVISA.

2.4.8.2. No que tange à cadeia de suprimentos e logística, o componente de assistência farmacêutica deverá apresentar sustentabilidade operacional plena, durante a vigência do Contrato de Gestão, não sendo aceitas quaisquer descontinuidades e eventuais riscos à assistência de usuários do serviço, por motivos de desabastecimento.



2.4.8.3. Observar a Política Nacional de Medicamentos (RENAME e Genéricos) para a realização de prescrições de medicamentos, excetuadas as situações ressalvadas em protocolos aprovados pela ANVISA.

2.4.8.4. Para conformação de estratégias de cuidado pós-hospitalar, por meio de prescrições médicas pós-alta, o Hospital Dr. João Penido e seu corpo clínico deverão ater-se exclusivamente aos itens que compõem as relações REMUME/RENAME, para fins de plena disponibilização dos itens e insumos farmacêuticos nas redes de saúde municipal e estadual.

2.4.8.5. Caso não seja observado o trâmite acima descrito e a FHEMIG vier a ser compelida judicialmente a fornecer o medicamento/insumo não padronizado, poderá descontar a quantia paga do valor repassado mensalmente à unidade que originou a demanda.

#### **2.4.9. Serviço de hotelaria e higienização**

2.4.9.1. Executar direta ou indiretamente os serviços de Limpeza e Higienização que deverá funcionar durante 24 horas, 7 dias da semana. A ORGANIZAÇÃO SOCIAL deverá executar de modo a atingir um padrão de excelência, com a implantação do padrão de serviço que fomente a imagem positiva do serviço. Deverá ser garantido a higienização de todas as áreas que compõem o HRJP, bem como a manutenção da área externa, de acordo com a legislação sanitária vigente e observando minimamente os seguintes itens:

I - Remoção, redução ou destruição de microrganismos patogênicos;

II - Controle de disseminação de contaminação biológica, química;

III - Fornecer os saneantes sanitários, com suas respectivas fichas técnicas, aprovadas pelo CCIH, assim como a disponibilização dos equipamentos (carros de limpeza, container para os diversos resíduos, papeleiras dentre outros), ferramentas e utensílios necessários para a perfeita execução dos serviços de limpeza dos prédios e demais atividades correlatas.

2.4.9.2. Deverá executar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) próprio do hospital em consonância com a RDC vigente, sob a regência da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

#### **2.4.10. Central de materiais e esterilização**



2.4.10.1. A Organização Social deverá operacionalizar, direta ou indiretamente, o serviço de esterilização de materiais com garantia de adequado funcionamento, o qual será responsável pela lavagem, desinfecção, esterilização e distribuição de materiais e instrumentais do HRJP, bem como realizará os procedimentos em consonância com a legislação sanitária vigente, garantindo a rastreabilidade de todos os materiais.

#### **2.4.11 Serviço de lavanderia hospitalar**

2.4.11.1. A entidade vencedora deverá operacionalizar direta ou indiretamente o serviço de lavanderia hospitalar de forma a garantir que os serviços de processamento e lavagem do enxoval do hospital, sejam executados com metodologias de controle de qualidade com certificação do fornecedor, com rastreabilidade das etapas e dos processos e garantindo ao usuário higiene e conforto. Ademais, a entidade vencedora deverá realizar reposição do enxoval/rouparia, quando necessário, atentando-se para o conforto e bem-estar do paciente e servidores.

2.4.11.2 O serviço será responsável pelo processamento da roupa e logística, entregando o enxoval em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada Deve assegurar local(is) apropriado(s) para retirada, entrega e o controle do enxoval circulante, observadas as normas vigentes da Vigilância Sanitária e demais normas e legislações em vigor, assim como o transporte, se necessário, da roupa por meio de veículos adequados. Deverá atender às demandas programadas e às não programadas. Todas as peças confeccionadas serão customizadas, nas medidas, cores e demais especificações e modelos validados pela FHEMIG.

#### **2.4.12. Vigilância e zeladoria**

2.4.12.1. A entidade vencedora deverá responsabilizar-se pelos serviços de segurança do patrimônio, das instalações físicas e dos recursos humanos do HRPJ, pelo conjunto de mecanismos e ações para prevenir e reduzir perdas patrimoniais e promover bem-estar aos seus usuários, no estímulo aos comportamentos éticos e de convivência comunitária pacífica assim como a preservação do equipamento predial e patrimonial dos diversos equipamentos. Deverá ser realizado inventário Patrimonial de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos do CONTRATO DE GESTÃO e apresentado conforme periodicidade e diretrizes definida pela FHEMIG.



2.4.12.2. Fornecer os recursos técnicos e operacionais necessários à cobertura de postos de trabalho responsáveis pelo controle de acesso uso de barreiras físicas e dispositivos de identificação e porte obrigatórios para liberação do acesso.

#### **2.4.13. Ensino e pesquisa**

2.4.13.1. Manter os programas de Residência Médica e nas seguintes áreas e especialidades: Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria.

2.4.13.2. Implantar com o apoio da FHEMIG as residências nas especialidades já autorizadas: neonatologia e intensivista adulto. Bem como a residência multiprofissional, residência de cirurgia geral e cirurgia pediátrica que deverão ter seu processo de implantação iniciado e concretizado pela Organização Social.

2.4.13.3. Os contratos relativos aos programas de Residência Multiprofissional e Residência Médica, bem como os processos envolvidos na seleção de residentes, continuarão sob a gestão da FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. As bolsas atribuídas aos residentes serão financiadas por esta Fundação e, eventualmente, pelo Ministério da Saúde.

2.4.13.4. A FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS possui convênios com instituições de ensino com vistas a realização de estágio curricular obrigatório. A gestão dos convênios continuará sob a gestão desta Fundação e todos os valores devidos pelas instituições de ensino serão repassados diretamente para Fhemig.

2.4.13.5. Tendo em vista a relevância do desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão no âmbito do Hospital Regional Dr João Penido, ficará a entidade vencedora do processo de seleção pública responsável por receber e prover todas as etapas necessárias ao adequado processo educativo para os estudantes, acadêmicos e residentes que desenvolvam atividades na unidade através dos contratos e convênios firmados entre a Fhemig, as instituições de ensino e os residentes. É obrigação da entidade disponibilizar os recursos necessários ao desenvolvimento de atividades pelos estudantes, acadêmicos e residentes e respeitar as diretrizes da Fhemig em relação a execução das atividades de Residência Médica, Residência Multiprofissional e de estágio obrigatório.

2.4.13.6. A entidade vencedora deverá adotar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2007,2009), em conformidade com os artigos 15 e 21 da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de



2007, visando à formação, capacitação e atualização do quadro de funcionários e servidores, na área de gestão e assistência.

2.4.13.7. A Organização Social deverá seguir as normas internas da Fhemig no que diz respeito ao funcionamento da Comissões de Residência Médica e as atribuições de cada um dos atores previstos nas Resoluções CNRM e CNRMS vigentes, bem como os instrumentos para operacionalização destes papéis, com destaque para a carga horária protegida para Coordenadores, Tutores, Supervisores, Docentes e Orientadores de Trabalhos de Conclusão de Residência. É responsabilidade da DIGEPE/FHEMIG a gestão, integração e monitoramento dos Programas de Residências em Saúde.

2.4.13.8. Dentre as atividades de Ensino e Pesquisa executadas no HRJP estão também os estágios obrigatórios e não-obrigatórios. Enquanto os estágios não-obrigatórios são desenvolvidos como atividade opcional, a modalidade estágio obrigatório faz parte da grade curricular dos cursos ofertados pelas Instituições de Ensino que possuem convênio com a Fhemig.

2.4.13.9. Os convênios para campo de estágio obrigatório são celebrados entre a Fhemig e a Instituição de Ensino. Todos os estagiários da modalidade estágio obrigatório têm um seguro contra acidentes pessoais sob a responsabilidade da Instituição de Ensino. Os acadêmicos entram em campo de estágio somente após assinatura do termo de compromisso e apresentação do cartão de vacina e apólice de seguro. O estágio, como ato educativo acadêmico supervisionado, deve ter, obrigatoriamente, acompanhamento efetivo do professor orientador da instituição de ensino e por um supervisor da parte concedente, servidor da Fhemig no setor da unidade do campo de estágio.

2.4.13.10. Na modalidade de estágio não-obrigatório todos os estagiários têm um seguro contra acidentes pessoais sob a responsabilidade do Agente Integrador. Os acadêmicos entram em campo de estágio somente após as assinaturas do termo de compromisso, entrega da apólice de seguro fornecida pelo Agente Integrador, realização do exame admissional e entrega do laudo médico. O estágio não obrigatório, como ato educativo acadêmico supervisionado, deverá ter obrigatoriamente supervisão efetiva do servidor da Fhemig, responsável pelo projeto de estágio.

#### **2.4.14. Política Nacional de Humanização**



2.4.14.1. A OSS deverá garantir que sejam adotadas as normas da Política Nacional de Humanização e Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), centrando as diretrizes assistenciais na qualidade do atendimento prestado aos usuários, voltadas para a atenção acolhedora, resolutiva e humana

2.4.14.2 A entidade deverá desenvolver ações coordenadas de humanização do atendimento, das práticas de atenção e gestão, incluindo ações com voluntariado, em especial à participação de voluntariado no apoio à assistência materno-infantil, conforme as diretrizes Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS, do Ministério da Saúde.

#### **2.4.15. Transporte de pacientes e insumos**

2.4.15.1.O transporte de pacientes sob responsabilidade do HRJP e insumos necessários ao tratamento destes pacientes, como sangue e semelhantes, deverá ser provido pela entidade e seguirá as diretrizes nacionais e estaduais. A entidade deverá observar e respeitar as legislações que tratam do transporte de pacientes em unidades hospitalares SUS, bem como as normas que versam sobre o transporte dos insumos necessários ao atendimento dos usuários do hospital.

2.4.15.2 Todos os serviços prestados e transporte de material biológico deverão estar regulados de acordo com o que dispõe a legislação sanitária vigente.

### **3. JUSTIFICATIVA PARA EXECUÇÃO VIA CONTRATO DE GESTÃO**

3.1. Em conformidade com a Lei Estadual nº 23.081, de 10 de agosto de 2018, que dispõe sobre o Programa de Descentralização da Execução de Serviços para Entidades do Terceiro Setor, bem como com as diretrizes emanadas do Governo do Estado de Minas Gerais, a Fhemig optou celebrar contrato de gestão com entidade sem fins lucrativos qualificada com o título de Organização Social – OS, com objetivo de operacionalizar a gestão e execução das atividades e serviços no Hospital Regional Dr. João Penido. Para justificar a adoção do modelo de parceria, recorreu-se estudos que demonstram como a contratualização de resultados com o terceiro setor se dá em âmbito nacional, buscando análises e experiências de entes da federação que se utilizam deste formato de execução.

3.2. Busca-se fundamentar a escolha deste modelo de gestão com base em estudos que demonstram dados concretos acerca da utilização de contratos de gestão com OS, bem como utilizam-se informações e dados relativos ao HRJP que demonstram que o hospital produz e entrega à sociedade menos que





hospitais de mesmo porte, o que ilustra os entraves para gestão pública de equipamentos assistenciais complexos.

3.3. O intervalo de praticamente vinte anos entre a publicação da Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998, e a Lei Estadual nº 23.081, de 10 de agosto de 2018, permitiu ao estado de Minas Gerais a implementação de uma legislação mais moderna, que buscou os aprendizados vivenciados pelos quinze anos de adoção da publicização mediante termos de parceria com OSCIP em Minas Gerais, as conclusões do julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923 e as experiências dos diversos entes da federação que implementaram o modelo de Organização Social e celebraram contratos de gestão ao longo deste período. A análise das experiências de parceria com Organizações Sociais vivenciadas em diversos estados e municípios permitiu ao legislador estadual evitar questões problemáticas já vivenciadas em outras experiências e incorporar à legislação mineira elementos que potencializam o uso do modelo.

3.4. Para além do estudo das legislações que tratam de Organizações Sociais em outros entes, vigentes à época da elaboração da Lei mineira, importante ressaltar o esforço empenhado em conhecer, na prática, o funcionamento dos contratos de gestão em Estados que mostraram bons resultados ao longo dos anos na parceria com o Terceiro Setor. Visitas técnicas aos estados de São Paulo, Goiás, Santa Catarina e Bahia e a troca de experiências com os gestores destes Estados permitiram a identificação de oportunidades de melhoria em relação à utilização do modelo e a incorporação de boas práticas em todo o processo de implementação do modelo em Minas.

3.5. Muito embora se traga o relato acerca de modelos de parceria entre a administração pública e o terceiro setor, notadamente os derivados do movimento de publicização iniciado na década de 1990, é necessário ressaltar que a história da prestação de assistência à saúde por entidades filantrópicas no Brasil remonta ao século XVI, com a criação das Santas Casas de Misericórdia. A Constituição Brasileira reconhece as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos como parceiras fundamentais do Estado na assistência prestada pelo SUS:

*Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.*

*§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (Grifo nosso).*



3.6. Após a criação do SUS, a participação do terceiro setor na prestação de serviços foi fundamental na grande expansão de assistência à saúde.

3.7. Como exemplo, o Governo do Estado de São Paulo, à exemplo da União, sancionou em 04 de junho de 1998 norma específica para a qualificação de Organizações Sociais. Estudo<sup>3</sup> comparativo, datado de 2017, que buscou apresentar resultados dos hospitais gerais da Secretaria Estadual de Saúde, vinculados à Administração Direta e daqueles gerenciados por Organizações Sociais, no período compreendido entre os anos de 2013 e 2016, em relação aos indicadores de desempenho mostrou que as unidades hospitalares gerenciadas por OSS apresentaram melhores resultados quanto a tempo de permanência, taxa de ocupação, utilização da sala de operação, renovação de leitos, taxa de cesáreas, infecção hospitalar e gastos em relação a produção. Destacam-se os resultados referentes ao ano de 2016:

3.7.1. Em relação a produtividade, tem-se que o total de cirurgias hospitalares por sala realizadas pelos hospitais geridos por OSS é 49,8% maior do que nos hospitais geridos diretamente pelo Estado. O tempo médio de permanência nos hospitais geridos por OSS é 20,1% menor do que nos hospitais geridos pela Administração Direta. A Taxa de ocupação hospitalar é 3,6% maior nos hospitais geridos por OSS. Em relação aos indicadores de qualidade, foram aferidos os seguintes resultados: a taxa de mortalidade é 24,0% menor nos hospitais geridos por OSS; a taxa de infecção hospitalar é 28,8% menor nos hospitais geridos por OSS; e a taxa de cesárea é 18,5% menor nos hospitais geridos por OSS.

3.8. Os autores do supracitado estudo concluíram que o modelo de OSS tem se mostrado uma alternativa válida e de sucesso em relação ao modelo de administração direta de serviços. Segundo os autores, os melhores resultados das unidades geridas por Organizações Sociais podem ser atribuídos à maior autonomia de gestão, melhor estruturação de processos, como os de aquisição de bens e insumos e à contratualização por meio da definição de metas.

3.9. Em relação ao custeio das unidades hospitalares do Estado de São Paulo, outro estudo<sup>4</sup> comparativo destaca que, em 2013: o gasto por paciente-dia nos hospitais gerais da Administração Direta foi de R\$ 1.616,92 e de R\$ 1.245,90 nos hospitais geridos pelas OSS, uma diferença de 23%. O gasto por saída foi

---

<sup>3</sup> Mendes, JDV e Bittar OJNV. Hospitais Gerais Públicos: Administração Direta e Organização Social de Saúde. 2017.

<sup>4</sup> Rede hospitalar estadual: resultados da administração direta e das organizações sociais. RODRIGUES et al (2015).



de R\$ 10.997,12 para Administração Direta e de R\$ 7.435,66 para as OSS, o que representa uma diferença de 32,4%. A despesa anual por leito operacional foi de R\$ 445.995,01 na Administração Direta e de R\$ 379.263,95 nas unidades geridas por OSS, uma variação de 15%.

3.10. Foi averiguado neste estudo que as unidades geridas por OSS, à época, possuíam orçamento 18% maior do que aquelas administradas diretamente pelo Estado e, ademais, verificou-se que os valores de custeio dos hospitais gerais eram 52% superiores para os hospitais geridos por Organizações Sociais. Os autores indicam ser necessário lembrar que o número de leitos operacionais dos hospitais gerais é 79% maior naqueles sob gerenciamento das OSS, e os de UTI são 100% maiores nestes mesmos hospitais. A produção de saídas foi 125% maior e de cirurgias 183% maior nas OSS, caracterizando maior custo para estas unidades. Os autores concluíram, a partir dos dados e informações coletados, que os hospitais geridos pelas OSS apresentaram, de forma geral, melhor desempenho e produtividade do que os hospitais da Administração Direta, com igual ou melhor qualidade em relação aos indicadores observados.

3.11. Vinte e um anos após a instituição do modelo, o Estado de São Paulo, hoje, possui mais de 100 unidades de saúde sob a gestão de Organizações Sociais<sup>5</sup>. Vale destacar que este número abarca os contratos de gestão celebrados pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, não incluindo os diversos Contratos celebrados pelos municípios deste Estado.

Em outro exemplo, o Estado de Goiás adotou em 2002 o modelo de gestão por OS para o setor da saúde. Dados e informações levantados por estudo<sup>6</sup> mostraram vantagens competitivas do modelo de OSS no Estado, quais sejam: flexibilidade no processo de aquisição de bens e serviços; implantação da cultura de monitoramento e avaliação de desempenho; estabelecimento de metas em relação ao uso de recursos.

3.12. Outro ente da federação que se utiliza de contratos de gestão na área da saúde é Santa Catarina. O Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (TCE/SC) realizou análise econométrica<sup>7</sup> da eficiência dos hospitais do Estado. O objetivo do estudo, que analisou o período compreendido entre o ano de 2012 e o primeiro semestre de 2017, era comparar o modelo de administração hospitalar feita diretamente pelo Estado e o modelo de gestão por Organizações Sociais em termos de produtividade e eficiência.

---

<sup>5</sup> Fonte: <http://www.portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/unidades.php>.

<sup>6</sup> As organizações sociais de saúde como forma de gestão público-privada em Goiás – o caso Huana. Barbosa *et al* (2014).

<sup>7</sup> Tribunal de Contas de Santa Catarina. Análise econométrica da eficiência dos hospitais estaduais de Santa Catarina: um comparativo entre modelos de gestão. Florianópolis, 2017.



3.13. O estudo comprovou que se aplica a Santa Catarina o argumento teórico que as OSS, por terem os incentivos corretos, são mais eficientes por serem capazes de produzir mais serviços hospitalares com uma menor quantidade de recursos. Foi constatado que:

3.13.1. Dos seis hospitais mais eficientes, cinco eram geridos por OSS;

3.13.2. A produção média agregada dos hospitais geridos por OSS era cerca de 40% maior que a dos hospitais geridos pela administração direta;

3.13.3. Organizações Sociais de Saúde eram, em média, 46,1% mais eficientes que os hospitais geridos diretamente pelo Estado.

3.14. Neste estudo, uma análise feita por simulação, com o objetivo de estimar o custo da ineficiência hospitalar, chegou à conclusão que em um cenário onde a eficiência dos hospitais geridos pela Administração Direta fosse a mesma dos hospitais geridos por OSS, a população de Santa Catarina teria um aumento da oferta de produção hospitalar relativa ao dobro da produção hospitalar de 2016 do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes. Concluiu-se, também, que o custo da ineficiência relativa dos hospitais geridos diretamente seria de cerca de R\$ 671 milhões por ano, considerando gastos e produções de 2016.

3.15. Por fim, o estudo do TCE/SC aferiu que os aspectos organizacionais presentes no modelo de gestão por OSS, como maior autonomia decisória, estabelecimento de metas de produção, prestação de contas, flexibilização na gestão dos recursos humanos e maior exposição ao mercado e à concorrência, tornam os hospitais geridos por estas entidades mais eficientes que os hospitais geridos diretamente pelo Estado.

3.16. Os diferentes modelos de gestão hospitalar também foram objeto de estudo<sup>8</sup> comparativo no Estado do Espírito Santo. Foram comparados dois hospitais, com características semelhantes, um administrado diretamente pelo Estado e outro por Organização Social. Observou-se no hospital gerido por OSS: maior volume de produção, maior eficiência, melhor gestão de recursos humanos e melhor gerenciamento de processos em relação ao hospital gerido pela Administração Direta. Ademais, como resultado da avaliação de desempenho dos hospitais, encontrou-se que a maior parte dos funcionários e

---

<sup>8</sup> GAIGHER, Marcelle. Modelo de gestão em organização social e na administração direta: um estudo comparativo de dois hospitais estaduais no Espírito Santo. 2017.



pacientes do hospital gerido por Organização Social tendem a concordar ou concordam quanto à eficiência, à modernidade, ao atendimento das necessidades e à qualidade do serviço prestado.

3.17. Conclui-se, a partir de todo exposto, que a utilização da parceria com Organizações Sociais tem alto potencial de aprimorar a gestão de serviços públicos que o Estado precisa garantir, mas não consegue fazê-lo em decorrência de dificuldades inerentes a sua natureza jurídica.

3.18. Tendo em vista os objetivos do Sistema Único de Saúde e as necessidades dos cidadãos, evidencia-se a percepção de BARATA e MENDES (2007, p. 1): “(...) se cabe aos governos garantir os serviços de saúde para todos, não há razão para considerar que estes serviços não possam buscar mais eficiência em sua gestão, mantendo o caráter público com novas modalidades gerenciais”.

3.19. Muitas são as dificuldades enfrentadas pelo Hospital Regional Dr João Penido – HRJP que executa os serviços de saúde de forma direta. Dentre elas estão:

3.19.1. Dificuldades de manutenção de escalas médicas completas e salários competitivos com o mercado, em função da necessidade de cumprir o disposto na Lei de Responsabilidade Fiscal;

3.19.2. Dificuldade na gestão de suprimentos, de forma a garantir a disponibilidade de serviços e insumos necessários a manutenção e operacionalização da assistência, de forma custo-efetiva e tempestiva;

3.19.3. Processo burocrático que não atende às peculiaridades do setor de saúde em relação à agilidade e urgência de algumas aquisições.

3.20. A publicação deste Edital para pretensa formalização de parceria com OS também é corroborada pelo desempenho assistencial do Hospital Regional João Penido ao longo dos últimos anos, em especial entre os anos de 2019 e 2021, o qual é mensurado por meio do Sistema DRG-Brasil.

3.21. Ao se analisar os dados obtidos por meio do recorte temporal<sup>9</sup>: setembro/2019, janeiro/2020 e julho/2020 a junho/2021, encontram-se informações assistenciais importantes que ratificam o potencial

---

<sup>9</sup> Refere-se aos meses em que o percentual de codificação de altas para o sistema DRG foi maior que 70%, trazendo significância estatística para os dados.



de melhoria no desempenho hospitalar da Unidade, desde que a Unidade opere, considerando o perfil das demais instituições hospitalares SUS do mesmo porte presentes no banco de dados do DRG.

3.22. No recorte supramencionado, identifica-se a ineficiência operacional de todos os leitos da Unidade em 60,15%, ou seja, haveria um potencial de atendimento de mais 608 altas/mês, ao se ajustar a média de permanência desempenhada (7,6 dias) para o esperado (4,6 dias), dentro do Case Mix Global de 1,3722 (hospital de média complexidade).

3.23. Especificamente na pediatria, entre os meses de julho/2020 a junho/2021, o potencial de melhoria operacional no leito clínico foi de 82,7% (potencial de admissões de mais 305 casos no período analisado) e de 224% no leito cirúrgico (potencial de admissões de mais 269 casos no período analisado).

3.24. Referente ao cuidado do adulto, no mesmo período, o potencial de melhoria operacional no leito clínico foi de 50% (potencial de admissões de mais 626 casos) e de 39% no leito cirúrgico, incluindo procedimentos da maternidade como partos e cesarianas (potencial de admissões de mais 528 casos).

3.25. Logo, apesar de alguns avanços no resultado do indicador de eficiência operacional média da Unidade, com evolução positiva do ano de 2020 para o ano de 2021 (melhoria de 28%), ainda há um enorme potencial de melhoria neste indicador e nos demais indicadores assistenciais, tais como Taxa de Ocupação Hospitalar (de 72% para no mínimo 85%), Taxa de Mortalidade (de 4,15% para 3%), Taxa de infecção em cirurgia limpa (de 2,1% para 1,5%), Manutenção de Case Mix Global (5% acima ou abaixo do Case Mix do trimestre anterior), Taxa de Cesárea (de 46% para no máximo 30%), Readmissão em 30 dias por complicação (de 1,31% com manutenção de no máximo 2%).

3.26. Dessa forma, por meio da formalização da parceria com a OS, espera-se desenvolver todas as potencialidades da Unidade, refletindo na melhoria dos resultados assistenciais quantitativos e qualitativos, na economia de escala e escopo de serviços, e por fim na medida de custo-efetividade do Hospital, com a implantação de um modelo de gerenciamento voltado para resultados.

#### **4. OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS DO CONTRATO DE GESTÃO**

**4.1. Objeto:** GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO e EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, incluindo equipamentos, estrutura, maquinário, insumos e outros, no Hospital Regional Dr. João Penido



– HRJP, em regime de 24 horas/dia, que assegure assistência universal e gratuita à população, em consonância com as políticas de saúde do SUS e conforme diretrizes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

**4.2. Local de execução da política pública:** Rua Maria Freguglia da Silva, nº 1, Bairro Grama - Juiz de Fora/ MG.

**4.3. Áreas temáticas do programa de trabalho:**

**4.3.1. ÁREA TEMÁTICA: Produção Assistencial e Faturamento**

4.3.1.1. O acompanhamento do número de procedimentos ambulatoriais e hospitalares é fundamental para apurar a produção assistencial da unidade de saúde. Dessa forma, será possível visualizar se os procedimentos realizados, bem como sua frequência, estão de acordo com as necessidades pactuadas com a entidade parceira. Neste cenário, o processo de faturamento se traduz como fonte essencial para mensuração deste desempenho. Além disso, o resultado final de todo este processo apoiará a sustentabilidade financeira da unidade e será fundamental para subsidiar o processo de tomada de decisão dos gestores do SUS.

4.3.1.2. O processo de faturamento deverá ocorrer conforme as diretrizes da Fhemig e a legislação vigente, o grupo de indicadores que compõe esta área temática visa mensurar o desempenho quantitativo das atividades assistenciais realizadas, bem como avaliar a conformidade dos processos internos da unidade durante a prestação dos serviços pactuados.

4.3.1.3. Os indicadores que compõe essa área listados abaixo estão disponíveis com respectivos descritivos e metas no anexo ANEXO IV desse Edital:

- Indicador 1.1 – Percentual de cumprimento da produção mínima.

Fundamentação: Para definição de tal produção mínima e das metas a serem alcançadas ao longo da parceria, foi projetada a capacidade máxima instalada da Unidade em função do tempo de permanência, por clínicas, adotado como referência as unidades SUS que utilizam a metodologia DRG no Brasil e o número de leitos existentes na Unidade. Do ponto de vista global, tal análise projeta a capacidade de atendimento total da unidade quando se supera os processos da gestão menos eficientes e se alcança o valor ótimo de “produção” assistencial. As metas foram definidas considerando um escalonamento percentual dentro do limite máximo de produção.



- Indicador 1.2 – Índice de contas faturadas (apresentadas) em até 1 mês após a alta

Fundamentação: Esse indicador prima por registros adequados, com lançamentos em tempo hábil, para que não haja perdas de faturamento e conseqüentemente perdas de habilitações. Também é uma forma garantir a captação tempestiva de recursos, assim como a disponibilização das informações assistenciais nos Sistemas de Informações Oficiais.

- Indicador 1.3 – Percentual de reapresentações de AIH's no mês subsequente à glosa

Fundamentação: As informações extraídas do DATASUS são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência. Espera-se, ao monitorar esse indicador, superar perdas de faturamento, implementar mecanismos para monitoramento e gestão de todas as AIHs rejeitadas, dando plena transparência à produção realizada e garantindo a máxima captação de recursos.

#### **4.3.2. ÁREA TEMÁTICA: Processos e Qualidade**

4.3.2.1. Tendo em vista a busca constante por oferecer serviço de saúde pública cada vez melhor para a sociedade, a gestão da qualidade e dos processos torna-se fundamental para isso, pois através do monitoramento, revisão e melhoria dos procedimentos é possível garantir um serviço mais eficiente. Ressalta-se que os hospitais passaram por grandes transformações ao longo da história, pois se antes eram apenas um local para onde iam pessoas em fase terminal ou com finalidades de isolamento, hoje são instituições altamente complexas, que ofertam uma enormidade de serviços e giram um grande volume financeiro. Com base nisso, e também na importância dos serviços prestados por hospitais, os processos destes têm de ser constantemente revisados e adequados a novas exigências ou oportunidades.

4.3.2.2. A entidade tem como obrigação a implantação de um sistema de gestão da qualidade visa definir e padronizar os processos de trabalho, otimizar a interação entre os mesmos e sua melhoria contínua, no intuito de garantir um atendimento sistematizado, seguro e eficiente à população.

4.3.2.3. As diferentes certificações de qualidade existentes são uma forma de atestar a efetividade da instituição em instalar e gerenciar esses processos e resultados, a partir do cumprimento de uma série de requisitos estabelecidos para obtenção destas titulações. A gestão da qualidade e suas certificações possibilitam ganhos na produção de serviços, bem como o aumento da satisfação do usuário e a garantia de mais segurança para os pacientes.





4.3.2.4. No Hospital Regional Dr. João Penido, o Serviço de Qualidade a ser desenvolvido pela entidade, deverá observar as diretrizes e padrão estabelecido pela FHEMIG.

4.3.2.5. Os indicadores referentes aos Processos e Qualidade têm a importância de mensurar a qualidade das atividades da unidade. Através desses indicadores será possível visualizar pontos de atenção nos processos assistenciais da unidade que exijam correções e melhorias. Será possível, também, identificar e replicar processos bem geridos de forma a aperfeiçoar constantemente os serviços prestados.

4.3.2.6. Sendo assim, o grupo de indicadores que compõe esta área temática busca avaliar o grau de cumprimento, por parte da entidade parceira, dos padrões de eficiência esperados para os seus processos, sendo a obtenção de acreditação de padrão nacional ou internacional o resultado final desejado.

4.3.2.7. Os indicadores que compõe essa área listados abaixo, estão disponíveis com respectivos descritivos e metas no anexo ANEXO IV desse Edital:

- Indicador 2.1 – Taxa de conformidade ao protocolo APACHE II na UTI

Componente da qualidade: resolutividade.

Fundamentação: Trata-se de um indicador que visa a indução do monitoramento da classificação que determina os índices de gravidade de um paciente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Recomendado pelo Ministério da Saúde. O monitoramento dessas taxas visa maior resolutividade no atendimento intensivo e auxilia com prognósticos mais efetivos.

- Indicador 2.2 – Percentual de satisfação do usuário

Componente da qualidade: foco no usuário.

Fundamentação: O objetivo desse indicador de Pesquisa de Satisfação é promover a participação do usuário na avaliação da qualidade do serviço ofertado pelo HRAD. Isto se justifica porque o usuário SUS é o destinatário final dos serviços que serão gerenciados e operacionalizados pela OSS. Com os resultados da pesquisa é possível obter informações mais próximas da realidade, para promover a qualidade e eficiência do serviço hospitalar. A Pesquisa de Satisfação também constituirá um sistema de informações que capta a voz do usuário, através da avaliação da performance da OSS a partir do ponto de vista dos usuários SUS. A mensuração da Satisfação do Usuário já uma prática sistematizada nas unidades



Hospitais da Fhemig. Espera-se através da meta desse indicador garantir os níveis de excelência já alcançados, impulsionando o aprimoramento dos resultados.

- Indicador 2.3 – Percentual de resposta ao usuário da Ouvidoria SUS em até 15 dias corridos

Componente da qualidade: foco no usuário.

Fundamentação: Ouvidorias são unidades administrativas dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Único de Saúde cuja missão é viabilizar os direitos dos (as) cidadãos(ãs) de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no âmbito do SUS. Sua função é intermediar as relações entre os(as) cidadãos(ãs) e os gestores do SUS, promovendo a qualidade da comunicação entre eles e a formação de laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania. Promovem a cidadania em saúde e produzem informações que subsidiam o gestor nas tomadas de decisão. Assim, considerando que o papel da ouvidoria é garantir ao (à) cidadão (ã) ter sua demanda efetivamente considerada e tratada, à luz dos seus direitos constitucionais e legais, esse indicador foi elencado buscando a manutenção e aprimoramento da eficiência desse serviço que atualmente possui ótimos resultados. Na elaboração da meta desse indicador buscou diminuir o tempo de resposta ao usuário. A OS ao receber a demanda da Ouvidoria SUS deve respondê-la no prazo preconizado nesse indicador e encaminhar à ADC/Fhemig para que essa faça o retorno ao usuário demandante.

- Indicador 2.4 – Percentual de codificação DRG de alta

Componente da qualidade: eficiência.

Fundamentação: O indicador busca mensurar a execução tempestiva da codificação de todas as altas, através da taxa de atendimentos hospitalares codificados em até 48 horas após o lançamento da alta, em relação ao montante de atendimentos realizados no período e disponíveis para codificação no sistema DRG. Objetiva ainda assegurar o fiel retrato da assistência prestada a todos os pacientes que receberam alta no período.

- Indicador 2.5 – Percentual de atendimentos codificados no DRG em conformidade

Componente da qualidade: eficiência.

Fundamentação: O indicador busca mensurar a conformidade durante a codificação no sistema DRG. Por conformidade entende-se como uma codificação correta dos atendimentos realizados, refletindo as



condições reais do paciente e/ou dos procedimentos realizados, sem lançamentos incorretos que irão afetar a complexidade dos DRG's e do Case Mix institucional. Objetiva ainda assegurar que a qualidade da codificação das altas pelos codificadores da OS, avaliadas através de auditoria por Codificadores de Excelência treinados, que compõem o sistema de auditoria da codificação.

#### **4.3.3. ÁREA TEMÁTICA: Assistência à saúde**

4.3.3.1. O desenvolvimento tecnológico do campo da informação permitiu aumento na produção de dados assistenciais, o que possibilita a análise da qualidade assistencial. Tendo em vista as garantias constitucionais de acesso ao serviço de saúde, tais informações são fundamentais para regular a qualidade da assistência prestada. Além disso, os dados assistenciais permitem caracterizar o hospital quanto o seu tipo de atendimento e qualidade.

4.3.3.2. Os indicadores relacionados à assistência à saúde foram concebidos com intuito de padronizar e mensurar a qualidade dos serviços hospitalares, alicerçados em evidências científicas. A partir desses indicadores, o gestor terá subsídios para a tomada de decisões, bem como poderá aprimorar a qualidade do serviço assistencial oferecido pela unidade. Dessa forma, a expectativa é que o gestor ofereça aos usuários do Hospital Regional Dr. João Penido serviços hospitalares mais eficientes e adequados às necessidades observadas e analisadas através dos resultados dos indicadores propostos

4.3.3.3. A partir disso, o grupo de indicadores que compõe esta área temática visa mensurar a qualidade e eficiência de processos assistenciais, possibilitando análise dos resultados alcançados em relação a índices preconizados pela literatura e também àqueles alcançados por outras instituições de saúde similares.

4.3.3.4. Os indicadores que compõe essa área listados abaixo, estão disponíveis com respectivos descritivos e metas no anexo ANEXO IV desse Edital:

- Indicador 3.1 – Média de permanência hospitalar

Fundamentação: O indicador representa o tempo médio, em dias que os pacientes permanecem internados no hospital. É um indicador de Eficiência da Assistência considerando que o processo assistencial que deve ocorrer em um tempo ótimo e que não gere intervenções desnecessárias no paciente, aumentando custos e reduzindo o acesso para outros usuários do SUS. Demonstra ainda a eficiência do giro do leito hospitalar, sendo um referencial importante para a gestão de leitos. O



desempenho da unidade será avaliado em relação ao valor de permanência alcançado por 50% do conjunto de hospitais nacionais sem acreditação ou certificação, que assistem ao SUS e que utilizam o DRG.

- Indicador 3.2 – Taxa de ocupação hospitalar

Fundamentação: Indicador clássico da literatura hospitalar, o qual demonstra a eficiência no que tange à economia de escala assistencial, bem como a demanda oriunda da rede de atenção à saúde. A mensuração da Taxa de ocupação fornece informações que permitem avaliar se o número de leitos está adequado à região, se existe integração do hospital à rede de saúde, se o quantitativo de leitos em relação à demanda está adequado, se o hospital está funcionando em sua total capacidade instalada.

A análise da clássica dupla de indicadores supracitados torna-se ferramenta potente para indução do giro do leito hospitalar o que, conseqüentemente, leva ao aumento do número de atendimentos e maior oferta ao território. Assim, a análise dos dois indicadores permite responder de forma mais eficiente à Rede de Saúde, potencializando a oferta efetiva de internações sem a necessidade do aumento do quantitativo de leitos.

- Indicador 3.3 – Taxa de mortalidade hospitalar geral

Fundamentação: Indicador de desfecho assistencial, de aceitação universal, o qual demonstra a qualidade e o desfecho do tratamento hospitalar em geral.

- Indicador 3.4 – Taxa de infecção hospitalar em sítio cirurgia limpa

Fundamentação: A infecção do sítio cirúrgico constitui um grave problema dentre as infecções hospitalares por sua incidência, morbidade e mortalidade. A ocorrência dessas infecções aumentam as taxas de readmissão por complicação pós-alta, acarretando reinternações e reoperações, bem como os índices de infecção hospitalar e taxa de mortalidade. Trata-se de indicador sensível, o qual monitora o nível de segurança do paciente dentro da instituição de saúde, sendo acompanhado continuamente pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

- Indicador 3.5 – Medida de Case Mix



Fundamentação: Indicador que define o nível de complexidade dos pacientes clínicos e cirúrgicos atendidos na Unidade, por meio da metodologia DRG. Índice que resume a complexidade do conjunto de DRG (cada alta codificada pertencerá a um Grupo de Diagnósticos Relacionados) assistido pela unidade é um índice que baliza a comparabilidade dos serviços pela complexidade dos pacientes a que atendem, e assegura a possibilidade de monitorar possíveis desvios da codificação, sendo ferramenta essencial ao monitoramento e auditoria da qualidade assistencial e da codificação.

- Indicador 3.6 – Taxa de cesárea

Fundamentação: Indicador de aceitação universal, acompanhado pela OMS, OPAS e com programa específico de monitoramento pelo Ministério da Saúde, fundamental para o acompanhamento da qualidade e eficiência da assistência materno-infantil de unidades hospitalares que possuem maternidade.

- Indicador 3.7 – Taxa de Readmissão em 30 dias por complicação

Fundamentação: É uma medida crítica ao monitoramento da assistência prestada para que os ganhos de eficiência não sejam alcançados por prejuízo da qualidade assistencial fornecida. A classificação das reinternações se dá entre planejadas e eventuais. As reinternações planejadas são para dar prosseguimento terapêuticos e/ou avaliações diagnósticas, enquanto as eventuais podem ser agrupadas em evitáveis e não evitáveis. Retornos evitáveis podem ser considerados aqueles com menores tempos entre a primeira internação e a reinternação. Por meio do monitoramento desse indicador, evita-se altas precoces sem a conclusão do tratamento clínico ideal e a devida melhora no quadro de saúde do usuário, para fins de redução de custos ou busca de menor tempo de permanência.

#### **4.3.4. ÁREA TEMÁTICA: Gestão da Parceria**

4.3.4.1. Valores fundamentais para a gestão de qualquer política pública, a legalidade e a transparência devem ser constantemente monitoradas e promovidas no âmbito do contrato de gestão. Como parte integrante da metodologia de avaliação dos Contratos de Gestão constante no Decreto Estadual nº 47.553/2018, são realizadas checagens amostrais que analisam, periodicamente, amostras de todos os processos de compras e contratações da entidade sem fins lucrativos vencedora em relação ao(s) regulamento(s) aprovado(s).



4.3.4.2. Nessa perspectiva, a entidade sem fins lucrativos deverá elaborar e remeter à aprovação da Fhemig e da Seplag, na forma do supramencionado decreto, regulamentos próprios que disciplinem os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras, alienações e de concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas.

4.3.4.3. Os indicadores que compõe essa área listados abaixo, estão disponíveis com respectivos descritivos e metas no anexo ANEXO IV desse Edital:

- Indicador 4.1 – Percentual de conformidade dos processos analisados na checagem amostral periódica. Fundamentação: Uma das atribuições do Órgão Estatal Parceiro no acompanhamento e fiscalização do contrato de gestão é a realização das checagens amostrais periódicas sobre o período avaliatório, conforme metodologia pré-estabelecida pela Seplag, gerando-se relatório conclusivo. A apuração do percentual de conformidade dos processos analisados na checagem amostral, que será utilizado para cálculo deste indicador, busca mensurar a conformidade desses processos, com a finalidade de garantir o cumprimento dos regulamentos próprios da entidade parceria que disciplinam os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras, alienações e de concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas, e se coadunam com o objeto do contrato de gestão.

- Indicador 4.2 - Efetividade do monitoramento do contrato de gestão. Fundamentação: O objetivo deste indicador é verificar o cumprimento de atribuições de representantes do Órgão Estatal Parceiro e da OS na condução das atividades de monitoramento do contrato de gestão durante a execução deste instrumento jurídico. As atribuições inseridas neste documento emanam da Lei Estadual nº. 23.081 de 2018 que dispõem sobre a qualificação de pessoa jurídica de direito privado como OS e sobre a celebração de contrato de gestão entre a entidade qualificada e o Poder Público Estadual; do Decreto Estadual nº 45.969 de 2002, que regulamenta a Lei de Acesso à Informação; e de boas práticas observadas na gestão de contrato de gestão.

#### **4.3.5. ÁREA TEMÁTICA: Infraestrutura**

4.3.5.1. A gestão da infraestrutura hospitalar é fundamental para entregar à população um serviço de qualidade, pois além de contar com profissionais capazes, e processos bem estabelecidos, faz-se necessário dispor de estrutura e equipamentos adequados para os diversos procedimentos ofertados.



4.3.5.2. A infraestrutura hospitalar aqui descrita abarca toda parte física da unidade, tais como leitos, consultórios, laboratórios, salas e demais espaços hospitalares, além do parque tecnológico e equipamentos médico-hospitalares instalados.

4.3.5.3. Os produtos desta área temática envolvem o planejamento de ações relacionadas a toda esta organização da unidade. Estes visam planejar/realizar melhorias estruturais na unidade, permitindo ganhos de eficiência nos processos de trabalho, bem como ofertar atendimento humanizado para seus pacientes e melhores condições de trabalho para seus colaboradores.

#### **4.3.6. ÁREA TEMÁTICA: Captação de recursos**

4.3.6.1. As estratégias de captação de recursos devem estar alinhadas a missão da instituição, e podem ser alcançadas através de várias formas, como: governo, instituições privadas, dentre outras. Para tanto, torna-se fundamental a elaboração de um plano detalhado do que se pretende, com estimativas orçamentárias, prazos, e descrição clara do projeto. Uma das formas de captação de recursos se dá através das emendas parlamentares, que é o produto proposto por esta área temática.

4.3.6.2. Todas as receitas arrecadadas pela OS previstas neste contrato de gestão, nos termos do artigo 88 do Decreto Estadual nº 47.553/2028, serão obrigatoriamente aplicadas na execução do objeto do instrumento jurídico, devendo sua demonstração constar dos relatórios de monitoramento e prestações de contas.

4.3.6.3. A emenda parlamentar é um instrumento assegurado a todos os Deputados e Senadores brasileiros, que concerne na distribuição de uma cota orçamentária para cada legislador usar de maneira discricionária, respeitando algumas restrições legais. Ressalta-se que hospitais se enquadram dentre as várias possibilidades de destinação desse recurso. Dessa forma, a elaboração de projetos para serem financiados por emenda parlamentar mostra-se uma importante estratégia de captação de recursos, o que é fundamental em tempos de restrições orçamentárias.

4.3.6.4. Assim sendo, esta área temática envolve a possibilidade de obtenção de recursos para a unidade, para além do repasse estabelecido pelo contrato de gestão.



## **5. DIRETRIZES FINANCEIRAS PARA A CELEBRAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO**

5.1. O valor estimado a ser repassado pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig por meio do contrato de gestão é de R\$ 129.175.921,13 (cento e vinte e nove milhões cento e setenta e cinco mil novecentos e vinte e um reais e setenta e três centavos). O valor aqui estimado é correspondente à vigência inicial do contrato de gestão, de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da publicação do seu extrato no Diário Oficial Eletrônico Minas Gerais e considera a cessão especial com ônus para a Fhemig de todo o quadro de servidores da Fhemig, atualmente em exercício no HRJP, condicionada à anuência prévia de cada servidor e efetivada conforme as disposições da Lei 23.081, de 10 de agosto de 2018 e do Decreto 47.742, de 25 de outubro de 2019.

5.1.1. Compõem o valor estimado a ser repassado por meio do contrato de gestão os valores para custeio do Hospital Regional Dr. João Penido, para aquisição de bens permanentes, para contratação de pessoal e os custos de desmobilização.

5.2. Na hipótese de não anuência do servidor para cessão especial que trata o art. 79 da Lei 23.081, de 10 de agosto de 2018, a entidade vencedora do processo de seleção pública deverá garantir quadro de recursos humanos qualificado e compatível com o porte da unidade e serviços contratualizados, conforme estabelecido nas normativas e legislações atinentes à espécie, podendo, para tanto, contratar recursos humanos ou serviços, de modo a suprir a demanda de pessoal gerada pelos servidores que não assinarem o termo de cessão, mediante dimensionamento apresentado à Fhemig para aprovação.

5.3. Poderá ser adicionado ao valor estimado até R\$ 142.174.193,13 (cento e quarenta e dois milhões cento e setenta e quatro mil cento e noventa e três reais e setenta e três centavos), alocados especificamente para a realização das atividades e serviços executados atualmente por servidores efetivos da Fhemig, em exercício no HRJP, que não anuam pela cessão especial para a entidade que vier a celebrar o contrato de gestão.

5.4. Após a abertura da Pronto Atendimento Geral, conforme descrito no produto 1.9 do Anexo II do Contrato de Gestão – Programa de Trabalho, será acrescido o valor de R\$100.000,00 (cem mil reais) mensais, totalizando R\$ 1.800.000 (um milhão e oitocentos mil reais) para o período de 18 meses, correspondente do mês 7 ao mês 24 de vigência do contrato de gestão. Esse valor corresponde ao valor de habilitação ministerial de Unidade de Pronto Atendimento geral (UPA 24H) Opção III conforme Portaria Nº 10, de 3 de janeiro de 2017, para custeio dos novos serviços.





5.5. Poderão ser constituídas pela entidade sem fins lucrativos vencedora do presente processo de seleção pública, receitas arrecadadas previstas no contrato de gestão. Conforme disposto no art. 88 do Decreto nº 47.553 de 2018, constituem-se como receitas arrecadadas: resultados de bilheteria de eventos promovidos pela OS, ligados diretamente ao objeto do contrato de gestão; recursos direcionados ao fomento de projetos relacionados diretamente ao objeto do contrato de gestão; recursos captados por meio de renúncia fiscal de qualquer dos entes federados; recursos advindos de incentivo fiscal relacionados à execução do objeto do contrato de gestão; entre outros, desde que estes sejam integralmente destinados ao objeto do contrato e identificados nos documentos de Prestação de Contas apresentados, com a anuência prévia da Fhemig.

5.6. Os recursos públicos repassados ou arrecadados através do contrato de gestão devem ser integralmente aplicados em atividades e serviços direcionados ao Sistema Único de Saúde, para o atendimento da população de forma gratuita, atendendo às políticas públicas e diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

5.7. O Hospital Regional Dr. João Penido arrecada receita por procedimentos hospitalares e ambulatoriais executados pelo Hospital, contratados pelo Município e que sejam devidamente faturados. Este processo oriundo de contrato firmado entre a Fhemig (prestadora) e o gestor SUS, é regulamentado pelo Ministério da Saúde. Os valores recebidos pela Fhemig por força de contratualização do Hospital com outros entes, não constituem receitas arrecadadas pela OSS e continuarão sendo recebidos diretamente pela Fundação, sendo que sua arrecadação não altera as diretrizes financeiras previstas neste Edital.

5.8. É responsabilidade da entidade parceira aplicar todas as receitas arrecadas em decorrência da gestão do Hospital Regional Dr. João Penido na execução do contrato de gestão.

5.9. As despesas dos exercícios contemplados pela vigência do contrato de gestão estão acobertadas pelo Plano Plurianual de Ação Governamental – PPAG –2020-2023, correspondente à Ação nº 4177 - Atenção integral no Complexo de Hospitais de Referência, com dotações próprias a serem fixadas.

5.10. A síntese do planejamento das receitas provenientes de repasses da Fhemig que irão compor o contrato de gestão está apresentada na tabela a seguir.



Receita	Valor máximo previsto (R\$)
Repassse da FHEMIG	R\$ 129.175.921,13
Parcela adicional de repasse FHEMIG alocada para substituição de atividades realizadas por servidores que não sejam cedidos ao contrato de gestão	R\$ 142.174.193,13
Parcela de repasse FHEMIG condicionada à implementação da Unidade de Pronto Atendimento geral (UPA 24H) Opção III conforme Portaria Nº 10, de 3 de janeiro de 2017, prevista no produto 1.9, previsto para ser entregue no mês 6.	R\$ 1.800.000
Valor máximo de repasse	R\$ 273.150.114,26

5.11. Caso a entidade vencedora do certame possua Certificação como Entidade Beneficente de Assistência Social o valor correspondente às isenções conferidas por essa certificação poderá ser descontado do limite orçamentário previsto acima no momento da celebração do contrato de gestão.

5.12. A memória de cálculo contendo previsão detalhada das receitas e despesas do contrato de gestão, prevista no inciso II do art. 64 da Lei Estadual nº. 23.081/2018 e no inciso XII do art. 27 do Decreto Estadual nº. 47.553/2018, será apresentada no momento da celebração do contrato de gestão em comum acordo com a Fhemig, considerando o limite orçamentário definido neste Edital, o interesse público e os aspectos que norteiam este processo de seleção pública.

5.13. As próximas seções apresentam diretrizes a serem observadas para a elaboração do ANEXO III – ESTIMATIVA DE CUSTOS. Quando da elaboração da memória de cálculo, deverão ser observadas as diretrizes expostas neste anexo, sendo admitidas revisões, de acordo com o interesse público e desde que preservados os critérios para avaliação das propostas e os aspectos que norteiam este processo de seleção pública.

#### **5.14. Detalhamento das categorias profissionais para atuar no contrato de gestão**

5.14.1. Para fins da elaboração do ANEXO III – ESTIMATIVA DE CUSTOS, é obrigatória a previsão das categorias elencadas na coluna “categorias” do modelo de Anexo III. A Estimativa de Custos deverá apresentar, também os resultados da(s) pesquisa(s) de mercado realizada(s) (Menor Salário, Salário Médio e Maior Salário), condizentes com sua documentação de comprovação, bem como a “Carga horária (semanal)” e “Salário”. Caso a documentação não contemple essas informações na Tabela I do Anexo III, a proponente será desclassificada.



5.14.2. A informação de “carga horária (semanal) ”, por categoria profissional, poderá ser revisada no momento de celebração do contrato de gestão, tendo como base as diretrizes de dimensionamento de recursos humanos das unidades assistenciais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais vigente à época da celebração do contrato de gestão e o limite orçamentário do contrato de gestão.

5.14.3. As categorias profissionais previstas abaixo, bem como as demais categorias elencadas pela Organização Social como necessárias para a execução do objeto do contrato de gestão deverão constar na Tabela 1 – Informações sobre salários do ANEXO III – ESTIMATIVA DE CUSTOS:

- 5.14.3.1. Assessor;
- 5.14.3.2. Assistente Social;
- 5.14.3.3. Auxiliar Administrativo;
- 5.14.3.4. Bibliotecário;
- 5.14.3.5. Cirurgião Dentista Clínico Geral;
- 5.14.3.6. Coordenador;
- 5.14.3.7. Diretor Hospitalar;
- 5.14.3.8. Diretor Técnico;
- 5.14.3.9. Enfermeiro;
- 5.14.3.10. Enfermeiro do Trabalho;
- 5.14.3.11. Engenheiro Clínico;
- 5.14.3.12. Engenheiro de Segurança do Trabalho;
- 5.14.3.13. Farmacêutico;
- 5.14.3.14. Fisioterapeuta;
- 5.14.3.15. Fonoaudiólogo;
- 5.14.3.16. Gerente de Saúde;
- 5.14.3.17. Médico Anestesiologista;
- 5.14.3.18. Médico Cardiologista;
- 5.14.3.19. Médico Cirurgião Geral;
- 5.14.3.20. Médico Cirurgião Pediátrico;
- 5.14.3.21. Médico Cirurgião Plástico;
- 5.14.3.22. Médico Cirurgião Torácico;
- 5.14.3.23. Médico Clínico Geral;
- 5.14.3.24. Médico do Trabalho;



- 5.14.3.25. Médico Endocrinologista;
- 5.14.3.26. Médico Endoscopista;
- 5.14.3.27. Médico Gastroenterologista;
- 5.14.3.28. Médico Generalista;
- 5.14.3.29. Médico Geriatra;
- 5.14.3.30. Médico Ginecologista;
- 5.14.3.31. Médico Hematologista;
- 5.14.3.32. Médico Infectologista;
- 5.14.3.33. Médico Intensivista;
- 5.14.3.34. Médico Nefrologista;
- 5.14.3.35. Médico Neonatologista;
- 5.14.3.36. Médico Neurologista;
- 5.14.3.37. Médico Obstetra;
- 5.14.3.38. Médico Oftalmologista;
- 5.14.3.39. Médico Ortopedista;
- 5.14.3.40. Médico Otorrinolaringologista;
- 5.14.3.41. Médico Pediatra;
- 5.14.3.42. Médico Pneumologista;
- 5.14.3.43. Médico Psiquiatra;
- 5.14.3.44. Médico Radiologista;
- 5.14.3.45. Médico Urologista;
- 5.14.3.46. Nutricionista;
- 5.14.3.47. Pedagogo;
- 5.14.3.48. Profissional de Nível Superior;
- 5.14.3.49. Psicólogo Clínico;
- 5.14.3.50. Técnico de Enfermagem;
- 5.14.3.51. Técnico de Enfermagem do Trabalho;
- 5.14.3.52. Técnico em Eletrônica;
- 5.14.3.53. Técnico em Farmácia;
- 5.14.3.54. Técnico em Higiene Dental;
- 5.14.3.55. Técnico em Informática;
- 5.14.3.56. Técnico em Nutrição;



- 5.14.3.57. Técnico em Patologia Clínica;
- 5.14.3.58. Técnico em Radiologia;
- 5.14.3.59. Técnico em Segurança do Trabalho;
- 5.14.3.60. Terapeuta Ocupacional;

5.14.4. É obrigatória na proposta de estimativa de custos apresentada pela proponente a manutenção das categorias listadas no modelo de ANEXO III, a ser preenchido e encaminhado pela proponente. Caso a documentação não contemple as categorias previstas na Tabela I do Anexo III, a proponente será desclassificada.

5.14.5. A entidade sem fins lucrativos deverá propor novas categorias, além das previstas nesta seção e no Anexo III, quando considerá-las necessárias para a execução do objeto do contrato de gestão. Para estes casos, a entidade sem fins lucrativos deverá preencher as demais linhas da “Tabela 1 – Informações sobre salários” ANEXO III – ESTIMATIVA DE CUSTOS, com todas as informações necessárias: nome da categoria, carga horária (semanal, salário e resultados da pesquisa de mercado realizada (Menor Salário, Salário Médio e Maior Salário), para a categoria profissional. A proposição das novas categorias profissionais será avaliada quando da celebração do contrato de gestão e a inclusão destes na memória de cálculo deverá ser autorizada pela Fhemig.

5.14.6. Fica estabelecido que o quantitativo de profissionais para atuar no contrato de gestão, a carga horária total por categoria, bem como os valores que serão efetivamente repassados a entidade vencedora para cobrir as despesas de pessoal contratado serão revisados em sede de celebração, tendo como base as diretrizes de dimensionamento de recursos humanos das unidades assistenciais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais vigente à época da celebração do contrato de gestão e o limite orçamentário do contrato de gestão.

5.14.7. Os valores propostos para salários pela entidade no ANEXO III – ESTIMATIVA DE CUSTOS serão parâmetro para contratação profissionais para atuar no contrato de gestão, conforme as normas da legislação trabalhista vigente a qual está submetida.

5.14.8. A entidade deverá preencher na Tabela 1 do ANEXO III – ESTIMATIVA DE CUSTOS, com base na pesquisa de mercado efetuada por esta, para fins da proposição de cada remuneração de cada categoria



profissional constante neste anexo. Para tanto, a entidade sem fins lucrativos deverá observar as orientações constantes no Anexo II e no item 3.1 do presente Edital.

5.14.9. Os critérios 1.1 e 1.2 do ANEXO II – CRITÉRIO PARA AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS irão mensurar aspectos relativos à formulação da Estimativa de Custos das proponentes.

### **5.15. Gastos com Pessoal**

5.15.1. Para fins deste Edital, o valor máximo permitido para gasto total com salários a ser contratado pela Organização Social é de R\$ 35.260.099,01 (trinta e cinco milhões duzentos e sessenta mil noventa e nove reais e um centavo), para o período inicial de 24 meses de vigência do contrato de gestão. Considerando as seguintes ressalvas:

5.15.1.1. O valor previsto no item 5.15.1, para as contratações necessárias à manutenção de quadro de recursos humanos qualificado e compatível com o porte da unidade e serviços estabelecidos para parceria, considera a cessão especial com ônus para a Fhemig de todo o quadro de servidores da Fhemig, atualmente em exercício no HRJP. Dessa forma, a esse montante poderá ser adicionado, no momento da celebração do contrato de gestão, o valor de R\$ 73.733.132,60 (setenta e três milhões setecentos e trinta e três mil cento e trinta e dois reais e sessenta centavos), montante relativo a salários no valor previsto no item 5.3 deste Anexo I, tendo em vista a impossibilidade de prever quantos servidores da Fhemig serão efetivamente cedidos para a entidade vencedora.

5.15.1.2. O valor previsto no item 5.15.1 ainda não considera o valor referente à parcela de repasse prevista no item 5.4 deste Anexo I, que está condicionada à implementação da Unidade de Pronto Atendimento geral (UPA 24H) Opção III conforme Portaria Nº 10, de 3 de janeiro de 2017, prevista no produto 1.9 previsto para ser entregue no mês 6.

5.15.2. A proposição de categorias profissionais pela entidade na Tabela 1 – Informações sobre salários do ANEXO III – ESTIMATIVA DE CUSTOS será avaliada e a inclusão deles no contrato de gestão negociada quando da celebração do contrato.

5.15.3. O preenchimento da Tabela 1 – Informações sobre salários do ANEXO III – ESTIMATIVA DE CUSTOS deve estar alinhado à Convenção Coletiva de Trabalho – CCT da categoria a qual está vinculada, apresentando valores salariais compatíveis aos praticados no mercado da região e de acordo com o perfil, para cada categoria prevista para atuar no contrato de gestão, e ao o limite previsto no item 5.15.1.



5.15.4. Quando da celebração do contrato de gestão, a entidade sem fins lucrativos vencedora do processo de seleção pública deverá apresentar o valor global de salários e bolsa estágio, detalhando o quantitativo de profissionais com o valor de salários, encargos e benefícios trabalhistas. Para cada categoria profissional, deverá ser calculado o valor dos respectivos encargos trabalhistas (para cada encargo, deverá ser demonstrada e calculada a alíquota e a base normativa e legal) e benefícios trabalhistas (para cada benefício, deverá ser demonstrado o fator de cálculo unitário). Ao final, chegar-se-á ao valor final dos gastos com pessoal planejados para o contrato de gestão. Para realizar este desdobramento, deverão ser utilizadas as informações de salários e bolsa estágio constantes da estimativa de custos elaborada pela entidade vencedora do processo de seleção pública. Em comum acordo com a Fhemig, será definido o valor global dos gastos com pessoal planejados para o contrato de gestão, considerando os limites o definido deste Edital, o interesse público e os aspectos que norteiam este processo de seleção pública.

#### **5.16. Gastos Gerais**

5.16.1. Quando da celebração do contrato de gestão, a entidade sem fins lucrativos vencedora do processo de seleção pública deverá prever os Gastos Gerais planejados para execução do instrumento jurídico. Em comum acordo com a FHEMIG, será definido o valor global dos gastos gerais planejados para o contrato de gestão, considerando os limites orçamentários definidos neste Edital, o interesse público e os aspectos que norteiam este processo de seleção pública.

5.16.2. Estarão contempladas nesta categoria despesas relativas às atividades finalísticas, ligadas diretamente ao objeto do contrato de gestão e despesas típicas de área meio.

5.16.3. As atividades finalísticas dialogam diretamente com as “Áreas temáticas” previstas no programa de trabalho do contrato de gestão a ser celebrado oriundo do presente processo de seleção pública. As “áreas temáticas” estão descritas no item 4 deste ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA.

5.16.4. A seguir estão detalhadas as Atividades a serem realizadas na execução do programa de trabalho do contrato de gestão, relacionando-as ao perfil dos gastos planejados:

5.16.4.1. Área Meio – Atividades e Gastos: Atividade relacionada ao apoio da atividade finalística, responsável pelo suporte à assistência hospitalar e ambulatorial.



5.16.4.2. Área Fim – Assistência Hospitalar: Atividade relacionada à assistência hospitalar destinada ao usuário do SUS, seus gastos são representados por despesas que são específicas do atendimento hospitalar e ambulatorial.

5.16.5. O valor máximo destinado para os Gastos Gerais será definido pela FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, em conjunto com a entidade vencedora em sede de celebração, respeitado o valor máximo estabelecido neste item 5.

### **5.17. Aquisição de bens permanentes**

5.17.1. Quando da celebração do contrato de gestão, a entidade sem fins lucrativos vencedora do processo de seleção pública deverá prever os bens permanentes a serem adquiridos para fins da execução do objeto do ajuste. Em comum acordo com a FHEMIG, será definido o valor de aquisição de bens permanentes planejado para o contrato de gestão, considerando os limites orçamentários definidos neste Edital, o interesse público e os aspectos que norteiam este processo de seleção pública.

5.17.2. Esta categoria de gasto engloba a previsão para aquisição de bens necessários para a execução do contrato de gestão, tais como equipamentos médicos hospitalares, máquinas, aparelhos, utensílios, equipamentos de comunicação e telefonia; equipamentos de informática; equipamentos de som, vídeo, equipamentos de uso administrativo; mobiliário; veículos; coleção e materiais bibliográficos; equipamentos de segurança eletrônica; material didático; entre outros materiais permanentes.

5.17.3. O valor máximo destinado para aquisição de bens permanentes será definido pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais em conjunto com a entidade vencedora em sede de celebração, respeitado o valor máximo estabelecido no item 5.