



**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
SUPERINTENDENCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE - SUREGS**

**ANEXO I
PLANO OPERATIVO – PO
TERMO DE ADESÃO Nº 126/2022
AO CREDENCIAMENTO Nº 004/2015**

1. IDENTIFICAÇÃO

RAZÃO SOCIAL:	FUNDAÇÃO GONÇALVES SAMPAIO
NOME DE FANTASIA:	Hospital Municipal de Caetité
CNPJ:	24.301.008/0008-22
CNES:	7319770
ENDEREÇO:	Rua Ricardo de Tadeu Ladeira s/n
TELEFONE:	77 991200066 71 992205004

2. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O presente Plano Operativo tem o objetivo de estabelecer as metas quantitativas e qualitativas, bem como os compromissos a serem cumpridos pelo Credenciado, para que o mesmo faça jus ao recebimento dos recursos financeiros do Termo de Adesão nº 126/2022 ao Credenciamento nº 004/2015, no período de vigência do Credenciamento, e ainda estabelecer a programação financeira relativa ao pagamento da produção de serviços.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL

O Credenciado, dada as suas competências e complexidades, para o Sistema Único de Saúde (SUS) tem o papel de oferecer serviço complementar de Média e Alta Complexidade na área de Ortopedia e Traumatologia Cirúrgica, nas seguintes áreas:

- Hospitalar: Procedimentos Cirúrgicos em ortopedia e ortotraumatologia e procedimentos cirúrgicos de retirada de material de síntese.
- Ambulatorial: Consultas pós-cirúrgicas para reavaliações, além de procedimentos cirúrgicos de retirada de material de síntese.

3. COMPROMISSOS GERAIS

3.1. Realizar 100% das internações hospitalares dos pacientes oriundos da Central Estadual de Regulação – CER/CRL, 24 horas por dia, sete dias por semana, cabendo a Central autorizar previamente cada internamento, após avaliação do caso e sua adequação ao perfil da Unidade.



SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
SUPERINTENDENCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE - SUREGS

3.2. Informar as vagas disponíveis nas primeiras horas do período matutino e no período vespertino, com base nas quais a CER/CRL encaminhará os casos, informando nome do paciente e tipo de fratura.
3.3. Integrar-se comprovadamente ao Sistema Estadual de referência e de contra referência, tanto hospitalar quanto ambulatorial, devendo, após a admissão, proceder com a avaliação cirúrgica e radiológica do paciente já contemplado na composição dos pacotes.
3.4. Nos casos de necessidade de transferência do paciente para outras Unidades devido a procedimento não contemplado no credenciamento, solicitar à CER/CRL o recurso necessário através de relatório médico detalhado que será inserido no Sistema de Regulação - SUREM, devendo ser atualizado a cada dia.
3.5. Qualquer alteração referente a não atendimento da demanda referenciada aos serviços credenciados, por conta de quebra de equipamentos e ausência de profissionais, será de inteira responsabilidade da Instituição, que deverá garantir a continuidade da assistência na mesma competência. Tal fato deverá ser documentado em forma de ofício timbrado e endereçado ao NAC/DICON para apreciação e providências previstas no Contrato.
3.6. Admitir os pacientes que não possuam documento de identificação atendendo conforme Portaria Nº 84/SAS de 24/06/1997, devendo ser encaminhado pelo serviço social documento com tal informação.
3.7. O rol de procedimentos disponibilizados pela unidade hospitalar credenciada contemplará também pacientes pediátricos e idosos conforme capacidade do prestador para atendimento nas especialidades.
3.8. O paciente regulado pela CER/CRL deverá ser avaliado no interior das dependências da Unidade e nunca na ambulância que o transportou, exceto nos casos emergenciais. O não recebimento de pacientes regulados pela Central de Regulação para a unidade "RECEPTORA" deverá ser justificado em documento próprio e assinado pelo médico plantonista "RECEPTOR".
3.9. Após acolhimento do paciente a ambulância deverá ser liberada imediatamente. Caso haja necessidade de contra referência, efetuar essa no mesmo dia solicitando a CER/CRL o transporte.
3.10. A falta de exames de laboratório e de imagem não poderá ser motivo de contra referência podendo esses ser realizados na unidade receptora conforme previsto na portaria nº. 1.239/17, anexo V, letra C.
3.11. Para os pacientes submetidos a tratamento de hemodiálise contínua o prestador poderá faturar kit hemodiálise conforme valor definido no anexo V, letra C da referida portaria.
3.12. Para faturamento dos serviços de hemoterapia será necessário envio ao NAC de toda documentação que comprovem os procedimentos realizados nos pacientes.
3.13. O prestador deverá garantir 02 consultas de revisão pós-cirúrgica dentro do pacote e mais 03 consultas de revisões pós-cirúrgica com devida comprovação através de relatório médico da necessidade destas, cujo faturamento deverá ser conforme portaria nº. 1.239/17, anexo V, letra C.
3.14. A guia de internação – GAI tem validade de 30 dias, gerada pela CER/CRL. Se necessidade de prolongar internamento os valores das diárias serão de acordo com estabelecido no anexo IV que rege credenciamento. O paciente não poderá migrar para outros contratos de leitos clínicos (Retaguarda ou UTI) antes da expiração da GAI ou até alta da ortopedia após esse período. Atendendo o disposto no anexo V da referida portaria.
3.15. Todo OPME utilizado nos procedimentos cirúrgicos devem ser descritos no relatório médico cirúrgico, seguindo o fluxo para faturamento de acordo com orientação do NAC/DICON. O OPME, não contemplado no edital deverá ser justificado através de relatório médico para uso do OPME, este deverá ter código no SIGTAP.



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
SUPERINTENDENCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE - SUREGS

3.16. Para os pacientes submetidos aos pacotes cirúrgicos poderão internar em unidade fechada (UTI) desde 1º. dia pós-cirurgia conforme anexo III da portaria, sendo os valores a faturar de acordo estabelecido na tabela de diárias UTI do anexo II da portaria.
3.17. Manter ativa as Comissões obrigatórias: Comissão de Infecção Hospitalar, Comissão de Óbito e Comissão de Prontuário.
3.18. Garantir a manutenção predial e de equipamentos médico-hospitalares próprios ou terceirizados.
3.19. Disponer de normas e rotinas institucionalizadas e operacionalizadas para todos os serviços contratados.
3.20. Os procedimentos contratados farão parte deste plano e somente serão pagos após apresentação da produção apresentada no SISAIH até o 3º dia útil através do e-mail producao.sih@saude.ba.gov.br e apresentação mensal da documentação físicas da prestação dos serviços ao Núcleo de Acompanhamento de Contratos da Diretoria de Controle - NAC/DICON até o 5º dia útil entregue ao protocolo da SUREGS.
3.21. Sendo esta unidade credenciada ao SUS, fica obrigatoriamente determinado a necessidade do cumprimento integral de todas as Normatizações Ministeriais, Estaduais e Municipais vigentes de prestação de Serviço de Saúde, chamando atenção para as Portaria referentes à Urgência e Emergências, Procedimentos de Média e Alta Complexidade e do Humaniza - SUS.

4. FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DE DOCUMENTOS PARA FINS DE FATURAMENTO:

4.1. Apresentar ao Núcleo de Acompanhamento de Contratos da Diretoria de Controle - NAC/DICON até o **5º dia de cada mês, a documentação comprobatória da realização dos serviços prestados no mês anterior em fatura única, sendo entregue ao protocolo da SESAB.**

4.1.1 A documentação a ser comprovada será composta:

- Folha de rosto encaminhando a documentação à SUREGS para fins de pagamento descrevendo o objeto, nº do contrato, mês de referência e valor apresentado;
- Planilha descritiva dos procedimentos conforme modelo fornecido pelo NAC;
- Autorização do encaminhamento do paciente pela Central Estadual de Regulação/ Central Regional de Leitos;
- Relatório de admissão dos pacientes na instituição com a devida identificação;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo paciente/acompanhante (informando grau de parentesco) e profissional que aplicou o termo;
- Comprovação do uso do antibiótico profilático, quando utilizado;
- Relatório da descrição cirúrgica contendo os OPME utilizados, legível, com linguagem clara, assinatura e carimbo do profissional médico;



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
SUPERINTENDENCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE - SUREGS

- Relatório de alta hospitalar com data, assinatura e carimbo médico;
- Em caso de transferência externa ou óbito apresentar tais comprovações;
- Apresentar as notas fiscais quando da utilização de OPME;
- Comprovação de diárias de enfermagem/ UTI e procedimentos extra pacote, quando necessário.
- Comprovação das consultas pós cirúrgicas, com descrição do atendimento e realização do procedimento assinado e carimbado pelo profissional executante.

4.1.2 Na ocorrência de faturas apresentadas posteriores a esta data, estas só serão processadas no mês subsequente;

4.1.3. As inconformidades apresentadas terão os valores glosados no mês da análise, podendo ser apresentadas no mês subsequente para análise e ateste;

4.2. A Nota Fiscal só será emitida quando solicitada pelo CSO (coordenação de suporte operacional) setor responsável, após análise documental do Núcleo de Acompanhamento de Contratos, o qual comunicará oficialmente o valor a ser faturado.

4.3. O acompanhamento deste plano se dará **mensalmente** pela apresentação dos documentos comprobatórios de serviços executados pelo prestador das metas físicas e das avaliações das metas de qualidades.

4.4. O prestador está sujeito a visitas *in loco* a qualquer momento que a Secretaria Estadual da Saúde julgar necessário.

4.5. Para efeitos de pagamento só serão autorizados pacientes do SUS regulados pelas CER/CRL.

4.6. Encaminhar mensalmente as planilhas do faturamento para o email nac.dicon@saude.ba.gov.br, além do encaminhamento pelo processo físico.

5. DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS:

Fica orçado o valor mensal de R\$ 100.656,65 (cem mil, seiscentos e cinquenta e seis reais, sessenta e cinco centavos) e total de R\$ 1.207.879,80 (um milhão, duzentos e sete mil, oitocentos e setenta e nove reais, oitenta centavos) sendo que a remuneração dos serviços será repassada conforme dois componentes: metas físicas e metas de qualidade.



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
SUPERINTENDENCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE - SUREGS

5.1. METAS FÍSICAS

A remuneração das metas de físicas será repassada mensalmente ao estabelecimento hospitalar vinculada ao cumprimento destas, pactuadas por procedimentos, conforme tabela abaixo e aplicada sobre o faturamento mensal correspondente.

Tabela 1 - Nº de procedimentos e valores mensais/ globais:

PROCEDIMENTOS	Valor Unitário (R\$)	POA Mês		POA Total	
		FÍSICO	FINANCEIRO	FÍSICO	FINANCEIRO
CORREÇÃO CIRURGICA DE FRATURA FECHADA DE MEMBROS	R\$ 1.538,54	10	R\$ 15.385,40	120	R\$ 184.624,80
CORREÇÃO CIRURGICA DE FRATURA EXPOSTA DE MEMBROS	R\$ 1.538,54	10	R\$ 15.385,40	120	R\$ 184.624,80
CORREÇÃO CIRURGICA DE FRATURA DE FEMUR	R\$ 3.232,31	5	R\$ 16.161,55	60	R\$ 193.938,60
DESBRIDAMENTO CIRURGICO	R\$ 300,00	5	R\$ 1.500,00	60	R\$ 18.000,00
REDUÇÃO INCRUENTA SEM SÍNTESE	R\$ 216,00	5	R\$ 1.080,00	60	R\$ 12.960,00
RETIRADA DE MATERIAIS DE SÍNTESE	R\$ 262,58	5	R\$ 1.312,90	60	R\$ 15.754,80
TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE	R\$ 3.232,31	5	R\$ 16.161,55	60	R\$ 193.938,60
CORREÇÃO CIRÚRGICA POR ARTROPLASTIA	R\$ 6.733,97	5	R\$ 33.669,85	60	R\$ 404.038,20
TOTAL	-	50	R\$ 100.656,65	600	R\$ 1.207.879,80

5.2. METAS QUALITATIVAS

5.2.1. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

As metas qualitativas são divididas em dois eixos, baseadas na Portaria GM/MS nº 3.410/2013.

Todos os eixos são compostos por número de indicadores selecionados em função do funcionamento da execução de cirurgias ortopédicas e de garantias mínimas para atingir padrões de qualidade.

Os indicadores de qualidade serão avaliados mensalmente através de documentos comprobatórios encaminhados **pela unidade** ao Núcleo de Acompanhamento de Contratos da Diretoria de Controle - NAC/DICON até o 5º dia de cada mês através de processo.

Está avaliação mensal está vinculada a 02 etapas: ao cumprimento das metas de qualidade discriminadas no item 5.2.2 e a avaliação de desempenho conforme item 5.2.3. Depois de procedida a avaliação e em caso de inconformidades cujas justificativas não sejam acatadas e o prestador obtenha o escore abaixo de 06, os autos



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
SUPERINTENDENCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE - SUREGS

serão encaminhados à Comissão Processante SUREGS/SESAB que julgará a pertinência da aplicação das penalidades descritas na Cláusula Décima do Termo de Adesão.

5.2.2 – METAS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

A avaliação das metas de qualidade ocorrerá com base nas seguintes indicadores e métodos de avaliação:

REGULAÇÃO				
Descrição da Atividade	Indicador/ Método de Avaliação	Meta	Fonte de Avaliação	Ponderação
Disponibilização, através de documento oficial, no mínimo 02(duas) vezes ao dia, 07 dias por semana, a quantidade de vagas disponíveis para internamento e sempre que houver a existência de novas vagas.	Ausência do relatório de vagas recebido pela CER	Encaminhar à CER/CRL, através de documento oficial ao menos 02(duas) vezes ao dia, 07 dias por semana as vagas disponíveis para internamento e sempre que houver a existência de novas vagas.	Relatório da CER com o número de vagas disponibilizadas pela credenciada através de email, no mínimo 02(duas) vezes ao dia	1
Internação de pacientes em todas as vagas disponibilizadas a CER.	Registro de vagas sem ocupação	Ocupar 100% dos leitos disponibilizados.	Relatório com a quantidade de vagas disponibilizadas a CER e planilha de acompanhamento de ocupação das vagas	1
Garantia do internamento/ recebimento dos pacientes regulados durante 24 horas por dia nos 7 dias da semana.	Notificação de insucesso na comunicação com a unidade durante processo de ocupação dos leitos ou comunicação a CER de não autorização de internamento nas 24h	Autorizar e viabilizar o internamento nas 24h dos pacientes regulados.	Relatório do chefe de plantão da CER	1
Executar os serviços de acordo com as especificações exigidas (equipamentos, materiais e equipe completa).	Registro de negativa para admissão de pacientes por falta de equipamentos e/ou materiais	Disponer de equipamentos e materiais necessários para o internamento de pacientes.	Relatório do chefe de plantão da CER	1
SUBTOTAL				4



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
SUPERINTENDENCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE - SUREGS

GESTÃO CLÍNICA E HUMANIZAÇÃO				
Descrição da Atividade	Indicador/ Método de Avaliação	Meta	Fonte de Avaliação	Ponderação
Mortalidade Cirúrgica Relação percentual entre o número de óbitos operatórios, em um mês, e o número cirurgias realizadas, em determinado período. Tem como objetivo acompanhar os totais de óbitos ocorridos durante e pós operatório até 07 dias.	Taxa de Mortalidade Cirúrgica (Nº de óbitos operatórios/ Nº de cirurgias realizadas) x100	Manter a taxa de mortalidade cirúrgica abaixo de 1%	Relatório de monitoramento interno da instituição para verificação e monitoramento da taxa	1
Tempo médio de permanência por leito cirúrgico (dias) Relação entre o total de pacientes - dia internados em leitos cirúrgicos e o total de pacientes que tiveram saída dos leitos cirúrgicos em determinado período, incluindo nestes os óbitos + altas + transferência externa.	Taxa de Permanência do Leito Cirúrgico (Nº de paciente-dia, em determinado período / Nº de pacientes saídos no mesmo período (leito cirúrgico)).	Manter média de permanência dos leitos cirúrgicos abaixo de 4 dias	Relatório de monitoramento interno da instituição para verificação e monitoramento da taxa	1
Infeção do Sítio Cirúrgico (ISC) em Cirurgia Limpa reflete a adequação dos cuidados pré e intra-operatórios ofertados aos pacientes.	Taxa de Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) em Cirurgia Limpa (Nº de infecções do sítio cirúrgico ocorridas em cirurgia limpa em determinado período/ Nº de cirurgias limpas realizadas no mesmo período.) x 100.	Manter a taxa de ICS abaixo de 1%	Relatório de monitoramento interno da instituição para verificação e monitoramento da taxa	1
Porcentagem de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos que recebem um esquema profilático apropriado de antibiótico.	Taxa de Conformidade de Antibiótico Profilático (Nº de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que recebem um esquema profilático apropriado de antibióticos/ Número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra) x 100.	Manter a taxa de pacientes submetidos a antibiótico profilático acima de 70%	Relatórios comprobatórios de uso do antibiótico profilático no paciente. (Descrição cirúrgica, ficha anestésica, prescrição médica)	1
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização de procedimentos cirúrgicos e anestésicos de acordo com as legislações vigentes.	Evidência de aplicabilidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos para realização de procedimentos cirúrgicos e anestésicos.	Manter a aplicabilidade do termo de Consentimento para os pacientes submetidos a cirurgia em ≥ 95%	Termos de Consentimentos aplicados pelo médico cirurgião e anestesista com devida assinatura do médico e paciente ou acompanhante (informando o parentesco) quando se fizer necessário	1
Satisfação do Cliente tem objetivo de avaliar o grau de satisfação dos pacientes quanto à assistência prestada. São domínios obrigatórios do questionário: atendimento inicial, atendimento de enfermagem, atendimento médico, a nutrição, a privacidade, a hotelaria e a satisfação geral.	Taxa de Satisfação dos Clientes Internados (Total de avaliações preenchidas como ótimo e bom/Total de avaliações preenchidas corretamente) x 100. Não será considerado as avaliações em branco ou com múltiplas opções para o mesmo requisito.	Manter o padrão de satisfação dos usuários em percentuais ≥70% em relação a taxa global	Relatório de monitoramento interno da instituição contendo a consolidação dos questionários através de dados em planilhas e desenvolvimento de planos de melhoria para itens mal avaliados nos questionários.	1
SUBTOTAL				6
TOTAL GERAL				10

✓ **Fonte de dados para avaliação dos indicadores:** Portarias Ministeriais específicas, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, Programa CQH Compromisso com a Qualidade Hospitalar, PROQUALIS, Associação Nacional dos Hospitais Privados – ANAHP, Núcleo Estadual de Controle de Infecção – NECH/COVIM/DIVISA/SESAB, Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB, Instruções e resoluções dos Órgãos de Conselho.



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
SUPERINTENDENCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE - SUREGS

- ✓ As metas para avaliação de cada indicador verá ser acrescida mensalmente (Jan a Dez), possibilitando, assim, aferir a linha de tendência do indicador.
- ✓ A pontuação dos indicadores/métodos de avaliação se dará considerando o cumprimento total do indicador, caso a unidade no mês de referência não atinja a meta, com justificativa técnica embasada, não podendo ser subsequente, a Comissão pode acatar parcialmente ou integralmente, pontuando 50% ou 100% do indicador, respectivamente.
- ✓ A qualquer momento a unidade hospitalar credenciada poderá sofrer avaliação in loco das informações encaminhadas a contratante pela equipe da SESAB.

5.2.3. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Esta planilha destina-se a avaliar o desempenho da Unidade no cumprimento das metas de qualidade, sendo classificadas de acordo com escore abaixo:

Desempenho	Escore
ÓTIMO	≥ 9
BOM	7 a 8
REGULAR	5 a 6
RUIM	< 5

Salvador, de de 2022.

**ADELIA MARIA CARVALHO DE MELO
 PINHEIRO**
 Secretária Estadual da Saúde
 Credenciante

**FUNDAÇÃO GONÇALVES SAMPAIO - HOSPITAL
 MUNICIPAL DE CAETITÉ**
 Credenciada

 Testemunha

 Testemunha



Documento assinado eletronicamente por **ALMIR GONÇALVES DE SOUZA FILHO**, Representante Legal da Empresa, em 15/07/2022, às 13:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).

Documento assinado eletronicamente por **Adélia Maria Carvalho de Melo Pinheiro**, Secretário(a) Estadual de



Saúde, em 08/08/2022, às 12:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **00050539710** e o código CRC **3C3E927E**.

Referência: Processo nº 019.8842.2022.0063257-97

SEI nº 00050539710