PROJETO BÁSICO

1. OBJETO

Realização de Chamada Pública, com ampla divulgação das condições propostas para o contrato de gestão, para escolha de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social da Saúde - OSS, objetivando a celebração de Contrato de Gestão para administrar, gerenciar, operacionalizar, organizar, implantar, manter e executar as ações de assistência e serviços de saúde prestados pelo Hospital da Criança de Brasília José Alencar - HCB, pertencente à rede da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, pelo período de 1º de março de 2019 a 29 de fevereiro de 2024, regendo-se pelo Artigo 24, Inciso XXIV da Lei Federal n.º 8.666/93, pela Lei Distrital nº 4.081, de 04 de janeiro de 2008, regulamentada pelo Decreto nº 29.870, de 27 de outubro de 2011 e em consonância com o as Normas do Sistema Único de Saúde – SUS emanadas do Ministério da Saúde – MS, além de condições fixadas neste Projeto Básico e seus Anexos.

2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

2.1. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL DA CONTRATAÇÃO

Os serviços descritos neste Projeto Básico deverão atender o disposto na Legislação Abaixo:

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

2.1.1. Constituição Federal, *Artigo 37; 199.*

LEIS

2.1.2. Lei Nº 8.666, de 21 de junho de 1993 - Institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências (Artigo 24, Inc. XXIV).

2.1.3. Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Decreto Nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei Nº 7.498/86 que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.

2.1.4. Lei Nº 5.194, de 24 de dezembro de 1966 - Regula o exercício das profissões de Engenheiro, Arquiteto e Engenheiro Agrônomo e dá outras providencias.

2.1.5. Lei Nº 8.195, de 26 de junho de 1991 - Altera a Lei Nº 5.194/66. * O Decreto Nº 241/67, incluiu entre as profissões cujo exercício é regulado pela Lei Nº 5.194/66, a profissão de engenheiro de operação. * A Resolução CFEAA Nº 313/86, de 26 de setembro de 1986, do Conselho federal de Engenharia, Arquitetura e Agronomia, dispõe sobre o exercício profissional dos Tecnólogos das áreas submetidas à regulamentação e fiscalização instituídas pela Lei Nº 5.194/66.

2.1.6. LEI Nº 8.856. DE 1º DE MARÇO DE 1994 - Fixa a jornada de trabalho dos profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta ocupacional.

2.1.7. Lei Nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981 - Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências.

2.1.8. Lei Nº 3.268, de 30 de setembro de 1957 - Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências.

2.1.9. Lei Nº 5.081, de 24 de agosto de 1966 - Regula o exercício da odontologia.

2.1.10. Lei Nº 4.119, de 27 de agosto de 1962 - Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo.

2.1.11. Lei Nº 5.766, de 20 de dezembro de 1971 - Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências. Decreto Nº 79.822, de 17 de junho de 1977 - Regulamenta a Lei Nº 5.766/71.

2.1.12. Lei Nº 7.394, de 29 de outubro de 1985 - Regula o exercício da profissão de Técnico em radiologia e dá outras providências. - Decreto Nº 92.790, de 17 de junho de 1986 - regulamenta a Lei Nº 7.394/85.

2.1.13. Lei Nº 8.234, de 17 de setembro de 1991 - Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências.

2.1.14. Lei Nº 6.583, de 20 de outubro de 1978 - Cria os Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas, regula o seu funcionamento, e dá outras providências.

2.1.15. LEI Nº 3.999 - DE 15 DE DEZEMBRO DE 1961 - DOU DE 21/12/61: Altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas.

2.1.16. Lei Nº 6.932, de 07 de julho de 1981 - Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.

2.1.17. Lei Nº 9.637, de 15 de maio de 1998 - Dispões sobre qualificação de entidades com organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

2.1.18. Lei Distrital Nº 4.081, de 4 de abril de janeiro de 2008 - Dispõe sobre qualificação de entidades com organizações sociais no âmbito do Distrito Federal e dá outras providências.

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

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

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

2.1.22. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

DECRETOS

2.1.23. Decreto Nº 88.438, de 28 de junho de 1983 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da profissão de biomédico de acordo com a Lei Nº 6.684, de 03 de setembro de 1979 e de conformidade com a alteração estabelecida pela Lei Nº 7.707, de 30 de agosto de 1982.

2.1.24. Decreto Nº 88.439, de 28 de junho de 1983 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da profissão de biomédico de acordo com a Lei Nº 6.684, de 03 de setembro de 1979 e de conformidade com a alteração estabelecida pela Lei Nº7.707, de 30 de agosto de 1982.

2.1.25. Decreto Nº 87.218, de 31 de maio de 1982 - Regulamenta a Lei Nº 6.965/81 · Alterações: Lei Nº 9.9098/95.

2.1.26. Decreto-Lei Nº 938, de 13 de outubro de 1969 - Prevê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências.

2.1.27. Decreto Nº 85.878, de 9 de abril de 1981 – Regulamenta a Lei Nº 3.820/60. *Alterações: Lei Nº 9.120/95; Lei Nº 4.817 e Lei Nº 5.724/71.

2.1.28. Decreto Nº 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa.

2.1.29. Decreto nº 29.870/2008, que regulamenta a Lei nº 4.081, de 04 de janeiro de 2008.

2.1.30. Decreto Distrital n.º 32.361/2010, de 21 de outubro de 2010, que aprova o Regimento Interno do Conselho de Gestão das Organizações Sociais.

2.1.31. Decreto Distrital nº 30.136, de 05 de março de 2009, estabelece as normas gerais sobre a organização e gestão dos recursos humanos a serem observadas pelas Organizações Sociais assim qualificadas no âmbito do Distrito Federal.

2.1.32. Decreto Distrital nº 34.239, de 26 de março de 2013, pelo qual foi delegada ao Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal competência para praticar ato de cessão de servidor da Secretaria de Estado de Saúde para o Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

2.1.33. Decreto Distrital n.º 33.390, de 06 de dezembro de 2011, dispõe sobre as aquisições e contratações de serviços realizadas por organizações sociais com recursos públicos.

NORMAS

2.1.34. Norma Regulamentadora 32 - NR-32: Estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM n.º373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar): Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

2.1.35. NR 4 da Portaria SSMT Nº 34/87 - SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO (104.000-6).

2.1.36. PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – define critérios e parâmetros de caráter qualitativos.

PORTARIAS

2.1.37. Portaria Nº 70, de 04 de abril de 2013 SES/DF.

2.1.38. Portaria MS/GM 1.101 de 12 de junho de 2002: Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

2.1.39. Portaria SAS/MS Nº 123 de 28/02/05: Normas de classificação e credenciamento de unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular.

2.1.40. Portaria Nº 2.224/GM em 5 de dezembro de 2002: Estabelecer o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde.

2.1.41. Portaria MS 2.616 / 98, que regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país, em substituição a Portaria MS 930 / 92.

2.1.42. Portaria MS/GM Nº 2.225 em 05 de dezembro de 2002 - Estabelece exigências mínimas para a estruturação técnico/administrativa das direções dos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde, sem prejuízo de outras que venham a ser consideradas necessárias em cada instituição, em decorrência de regulamentos específicos ou exigências legais, e critérios de qualificação profissionais exigíveis para o exercício de funções nestas direções, de acordo com o Porte do hospital segundo sua classificação atribuída conforme os critérios do Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde.

2.1.43. Portaria MS/GM Nº 2.261, de 23 de novembro de 2005 – Dispõe sobre as diretrizes de instalação e funcionamento das brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação, de acordo com a Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005.

2.1.44. Portaria MS/GM Nº 895, de 31 de março de 2017 - Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, UCO, queimados e Cuidados Intermediários adulto e pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

2.1.45. Portaria GM/MS 1.863 de 29 de setembro de 2003 - Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências.

2.1.46. Portaria GM/MS 2.529 de 23 de novembro de 2004 - Institui o subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.

2.1.47. Portaria GM/MS Nº. 881 DE 19 de junho de 2001 - Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.

2.1.48. Portaria MS/SAS 202 de 19 de junho de 2001 - Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do Sistema Único de Saúde.

2.1.49. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

2.1.50. Portaria MS de Consolidação n.º 02/2017, Anexo 2 do Anexo XXIV, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

2.1.51. Portaria n.º 874, de 16 de maio de 2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.1.52. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

2.1.53. Portaria nº 252/GM/MS, de 20 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.

2.1.54. Portaria n.º 12, de 27 de janeiro de 2010, que dispõe sobre a instalação do Conselho de Gestão das Organizações Sociais - CGOS.

RESOLUÇÕES

2.1.55. Resolução da Diretoria Colegiada RDC º 07, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

2.1.56. RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 - Substitui a Portaria 1884 de 11/11/1994 – Estabelece normas destinadas ao exame e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Inclui as alterações contidas nas Resoluções RDC nº 307 de 14/11/2002 publicada no DOU de 18/11/2002 e RDC nº189 de 18/07/2003 publicada no DOU de 21/07/2003.

2.1.57. Resolução CGOS n° 01, de 27 de maio de 2011, que estabelece os processos e critérios para seleção de Organizações Sociais no âmbito do Distrito Federal.

2.1.58. Resolução CGOS n.º 02/2011, de 09 de setembro de 2011, que dispõe sobre os prazos de validade do chamamento público e da qualificação de entidades como organizações.

2.2. **FUNDAMENTAÇÃO TÉCNICA DA CONTRATAÇÃO**

2.2.1. **A Atenção À Saúde Da Criança No Distrito Federal**

A atenção à saúde da criança na rede pública de saúde do Distrito Federal requer uma abordagem em rede de serviços, para que sejam cumpridas as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela portaria GM MS 1130/2015. Esta rede de serviços deve oferecer uma diversidade de pontos de atenção, com características e complexidades próprias, que atendam às necessidades da população de crianças e adolescentes, em tempo oportuno e com acesso ao nível adequado de complexidade de cuidados. Esta forma de organização de serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, atendendo ao princípio de regionalização estabelecido pelo SUS, de forma racional, sistêmica e regulada, ocorre dentro de um território e obedece a uma lógica técnico sanitária, formando uma Rede de Atenção à Saúde - RAS. No DF, a organização da RAS é feita a partir da atenção primária à saúde - APS, dentro do modelo de Estratégia de Saúde da Família, onde a criança deve ser acompanhada no seu crescimento e desenvolvimento, receber vacinação e educação para alimentação e práticas de uma vida saudável, além do tratamento de agravos comuns e prevalentes na infância. A coordenação do cuidado pela APS implica na responsabilidade de encaminhamento da criança para outros níveis de atenção tão logo seja identificada a necessidade de cuidado de saúde que ultrapassem a capacidade resolutiva da APS.

Além da APS, há os níveis de atenção especializada ambulatorial e de atenção hospitalar, que pode chegar a ser terciário, para o tratamento de doenças graves, complexas e que requeiram densidade tecnológica maior para uma abordagem bem-sucedida. É grande o desafio de integração desses níveis de atenção, que deve ocorrer dentro de uma rede hierarquizada, de complexidade crescente e que pode, conforme a necessidade, ser organizada por critérios distintos, como especialidade, ciclo de vida, enfermidades, entre outros. As redes temáticas de atenção à saúde, que estabelecem diretrizes e objetivos para o cuidado de populações ou situações específicas, tais como a Rede Cegonha, as Redes de Cuidados a Pessoas com Doenças Crônicas, de Cuidados a Pessoas com Deficiência, de Urgência e Emergência e de Atenção Psicossocial, ajudam a estruturar do sistema de saúde. As RAS, para propiciar maior eficiência e integralidade na atenção à saúde desses grandes grupos populacionais, apoiam-se em um conceito ampliado de saúde, com o sentido de melhorar a eficiência dos serviços e a racionalidade do uso dos recursos públicos, e assim alcançar melhores resultados e um conjunto maior de realizações com o menor ônus possível. Além da economia, almeja-se ainda a expansão dos serviços, a ampliação do acesso, a evitar a duplicidade de serviços e os exames e terapêuticas desnecessários, e ainda, a humanização do cuidado (SANTOS, 2013).

O Sistema Único de Saúde-SUS deve garantir a assistência integral à saúde do usuário, ao mesmo tempo em que precisa se manter viável e sustentável. A assistência é ofertada com maior efetividade e eficiência através das linhas de cuidado, que englobam desde a atenção primária até os procedimentos de média e alta complexidade. Entende-se por linha de cuidado como uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância (MENDES, 2011). As Linhas de Cuidado perpassam os diversos pontos de atenção à saúde de uma RAS, em seus diferentes níveis de complexidade.

2.2.2. **O Nível Terciário De Atenção À Criança**

O cuidado aos pacientes com doenças graves, crônicas e complexas exige um tratamento em nível de atenção terciário, realizado em hospitais com alta capacidade tecnológica e concentração de recursos diagnósticos e terapêuticos, além de corpo clínico especializado e multiprofissional. Como pontos de atenção terciários, é para estes hospitais que convergem as diversas linhas de cuidado quando a complexidade ou gravidade do paciente assim o exigem.

A concentração de recursos favorece melhores resultados no tratamento, com aumento da chance de cura de doenças graves assim como melhor qualidade de vida dos pacientes com doenças crônicas complexas, sejam hereditárias ou adquiridas. Além dos resultados mais favoráveis na condução do tratamento, a concentração de recursos tecnológicos e humanos especializados traz melhor relação custo/benefício e maior aproveitamento dos equipamentos, insumos e equipes multiprofissionais especializadas disponíveis no serviço. As condições graves e complexas exigem com frequência que o paciente seja visto por diferentes médicos especialistas, de forma interdisciplinar, o que é conseguido em um hospital terciário, onde o corpo de profissionais de saúde é composto por médicos de diversas especialidades e equipe de enfermagem e multiprofissional especializada.

A infância é uma das fases de maior vulnerabilidade no ciclo de vida, que é maior quanto mais nova é a criança. Isso faz com que as doenças graves nesse período soem um alarme de imediato, pois há maior risco de morte e também de interferência no crescimento e desenvolvimento da criança, com possibilidade de sequelas permanentes e incapacitantes. Some-se a isto a capacidade de resposta ao tratamento, pois uma vez superado o momento crítico e com o suporte adequado, a criança pode ficar totalmente curada e crescer para ser um adulto saudável e produtivo. Essas características fazem com que a criança com uma doença grave seja sempre uma urgência.

Entre as doenças graves desse ciclo de vida e que exigem tratamento em hospital terciário destaca-se o câncer infantil. A identificação deste grupo de enfermidades em seus estágios iniciais impulsiona a necessidade de organização da rede de serviços, nos seus diferentes níveis de assistência, para que se garanta o acesso também precoce ao tratamento adequado e de qualidade. O tratamento em tempo hábil aumenta a sobrevida. O diagnóstico feito em fases iniciais permite um tratamento menos agressivo, quando a carga de doença é menor, com maiores possibilidades de cura e menores sequelas da doença ou do tratamento.

Para a obtenção de altas taxas de cura são necessários, também, cuidado médico, diagnóstico correto, referência a um centro de tratamento e acesso a toda terapia prescrita (HOWARD, 2005). O atraso do diagnóstico, com o subsequente atraso na instituição do tratamento adequado, pode acarretar inúmeras consequências desfavoráveis para as crianças e adolescentes com câncer, tais como: necessidade de tratamento mais agressivo e menor chance de cura; maior possibilidade de sequelas tardias, com impacto negativo na qualidade de vida; compressão mecânica de estruturas vitais; disfunção orgânica secundária ao tumor; tratamentos errôneos iniciais com impacto negativo no prognóstico; abordagem cirúrgica inicial inadequada, aumentando a morbidade e/ou causando piora do prognóstico.

Segundo informações do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes – INCA, estima-se que, para o Brasil, para cada ano do biênio 2018-2019, ocorrerão 420 mil casos novos de câncer infanto-juvenil, sem considerar o câncer de pele não melanoma. Uma vez que o percentual mediano dos tumores infanto-juvenis observados nos Registros de Câncer de Base Populacional - RCBP brasileiros é de 3%, depreende-se que ocorrerão 12.500 casos novos de câncer em crianças e adolescentes (até os 19 anos).

Ainda segundo o INCA, entre os tipos de câncer infanto-juvenis em todo o mundo, a leucemia é o mais comum na maioria das populações (de 25% a 35%). Nos países desenvolvidos, os linfomas correspondem ao terceiro tipo de câncer mais comum. No Brasil, o percentual mediano de neoplasias nos RCBP na população infanto-juvenil (de 0 a 19 anos) foi de 3%. As Regiões Sudeste e Nordeste apresentarão os maiores números de casos novos, 5.300 e 2.900, respectivamente, seguidas pelas Regiões Centro-Oeste (1.800 casos novos), Sul (1.300 casos novos) e Norte (1.200 casos novos).

Assim como na maioria das populações, as leucemias foram as mais frequentes (26%), seguidas de outros tumores epiteliais (14%), linfomas (14%) e SNC (13%). A mortalidade por câncer em crianças e adolescentes possui padrões geográficos diferentes. Enquanto, nos países desenvolvidos, a neoplasia é considerada a segunda causa de morte na infância, correspondendo a de 4% a 5% (crianças de 1 a 14 anos) dos óbitos nessa faixa etária, em países em desenvolvimento, essa proporção é bem menor, cerca de 1%, em razão das mortes por doenças infecciosas serem as principais causas de óbito.

No Brasil, ocorreram, em 2015, 2.704 óbitos por câncer infanto-juvenil (de 1 a 19 anos) correspondentes a 7,9% entre todas as causas, e a segunda maior causa de morte em todas as Regiões, com exceção da Região Norte, onde ocupa a quinta posição.

Em relação ao tratamento em oncologia pediátrica pelo Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, descrita pela Portaria GM/MS nº 874/2013, ressalta a necessidade de se garantir o cuidado integral ao usuário na Rede de Atenção à Saúde de forma regionalizada e descentralizada e dispõe, entre outros:

> *"Art. 3º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, e implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.*
>
> *(...)*
>
> *Art. 5º Constituem-se princípios gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer:*
>
> *(...)*
>
> *IV - Articulação inter setorial e garantia de ampla participação e controle social; e*
>
> *V - a incorporação e o uso de tecnologias voltadas para a prevenção e o controle do câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS devem ser resultado das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e da Avaliação Econômica (AE)."*
>
> *(...)*
>
> *Art. 13. Fazem parte do cuidado integral a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado.*
>
> *Art. 14. São diretrizes referentes ao diagnóstico, ao tratamento e ao cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer:*
>
> *I - Tratamento oportuno e seguro dos pacientes diagnosticados com câncer e lesões precursoras de forma mais próxima possível ao domicílio da pessoa, observando-se os critérios de escala e de escopo;*
>
> *II - Atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer, com oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e evolução da doença;*
>
> *III - realização de tratamento dos casos raros ou muito raros que exijam alto nível de especialização e maior porte tecnológico em estabelecimentos de saúde de referência nacional, garantindo-se sua regulamentação e regulação; e*
>
> *IV - Oferta de reabilitação e de cuidado paliativo para os casos que os exijam.*
>
> *(...)*
>
> *Art. 24. Às Secretarias Municipais de Saúde compete:*
>
> *II - planejar e programar as ações e os serviços necessários para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando-se sua base territorial e as necessidades de saúde locais;*
>
> *(...)*
>
> *IV - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade instalada no próprio Município;*
>
> *V - pactuar as linhas de cuidado na região de saúde, garantindo a oferta de cuidado às pessoas com câncer nos diferentes pontos de atenção;*
>
> *VI - pactuar a regulação e o fluxo de usuários entre os serviços da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais de acordo com as necessidades de saúde dos usuários;*
>
> *(...)*
>
> *Art. 25. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal competem as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios."*

2.2.3. **O Hospital da Criança de Brasília**

No Distrito Federal, o Hospital da Criança de Brasília é responsável pela assistência aos casos de pediatria especializada clínica e cirúrgica, e o câncer infantil, dividindo, junto com o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), a responsabilidade pela assistência terciária à criança no Distrito Federal. O HMIB destaca-se na atenção terciária neonatal, na infectologia pediátrica, na assistência cirúrgica pediátrica eletiva e de urgência, e como referência no atendimento das urgências pediátricas complexas.

O Hospital da Criança de Brasília (HCB), cujo Bloco I foi inaugurado em 23 de novembro de 2011, é uma Unidade de Referência Distrital (URD), subordinada à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que oferece atendimento gratuito e universal de alta complexidade no tratamento do câncer infantil e nas diversas especialidades pediátricas, tanto clínicas como cirúrgicas ao público infanto-juvenil.

2.2.4. **Histórico**

Há 30 (trinta) anos um grupo de pais e mães cujos filhos tinham portadores de câncer se reuniu para ajudar outros pais e mães com filhos como os deles, porém de condições financeiras inferiores. Juntos na pediatria do Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF, local do tratamento das crianças, desde 1986, à aquelas famílias, com o apoio dos profissionais da pediatria do HBDF, criaram a Associação Brasileira de Assistência às Famílias de Crianças Portadoras de Câncer e Hemopatias, a Abrace.

Diante da necessidade de se oferecer condições adequadas e garantir um atendimento de qualidade às crianças e aos adolescentes, iniciou-se o movimento para a construção de um centro especializado com infraestrutura e recursos plenos, capaz de gerenciar de forma eficiente o tratamento integrado do paciente pediátrico.

Em 2000 a Abrace obteve a designação do terreno do novo hospital com a Secretaria de Estado de Saúde do DF, que inicialmente foi chamado de Instituto Pediátrico e teve sua construção dividida em dois ambientes complementares, próprios ao público infanto-juvenil.

No Bloco I, os pacientes teriam à disposição uma série de serviços como consultas, cirurgias ambulatoriais, diagnóstico básico e por imagem, quimioterapias, processos de depuração do sangue como diálise peritoneal e hemodiálise, além de procedimentos ambulatoriais sob sedação. Já o Bloco II compreenderia serviços como internação, cirurgias e diagnóstico especializado, além de setores como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e o Centro de Ensino e Pesquisa.

Em 19 de maio de 2004 foi celebrado um convênio para a construção dos dois blocos do complexo médico-hospitalar, pelo qual foi pactuado que o governo faria a cessão de

uso do terreno para que a Abrace construísse o prédio, que seria doado ao GDF.

O HCB foi concebido para complementar a rede pública de saúde do DF, provendo-a de um complexo médico-hospitalar para o público pediátrico portador de doenças de média e alta complexidade que necessitem de atenção especializada e multidisciplinar. Nessa lógica, a assistência no HCB é prestada de forma ampliada e interdisciplinar com envolvimento do paciente e de sua família no processo de cuidado e de forma articulada com a rede de saúde do DF.

2.2.5. **Ambiência e Acolhimento**

Ao longo dos anos, o conceito de saúde foi sendo ampliado considerando não só a ausência da doença, mas as diferentes necessidades dos indivíduos modernos e suas demandas de cuidados mais complexos. Foi nesse contexto que ações relacionadas à acessibilidade, acolhimento e ambiência entraram no cotidiano dos serviços de saúde pública, integrando os desafios atuais dos gestores para que ofereçam um cuidado não só integral, mas humanizado.

A Política Nacional de Humanização (PNH) brasileira foi instituída em 2003 buscando pôr em prática os princípios do SUS. A intenção era produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar, além de estimular a construção de processos coletivos para promoção da autonomia de profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Uma das diretrizes da política é a ambiência, assim entendida: ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para uma atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidas pelos sentidos da visão, do olfato e da audição como por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, etc." (MS/PNH,2014)

As crianças e adolescentes com câncer passam por um longo período de tratamento, ficando muitas horas por dia no hospital. Um espaço acolhedor e lúdico torna-se ainda mais relevante para todos os envolvidos, pois pode transformar a ida ao hospital em um momento de menos dor, com quebra da rotina e pausa para brincadeiras e diversão – até mesmo para profissionais.

Estudos mostram que o ambiente tem um impacto importante no comportamento do ser humano. Cores, luzes e equipamentos adequados podem estimular a melhora do indivíduo hospitalizado, constituindo-se em um instrumento terapêutico. Assim, a transformação de um ambiente hospitalar em um espaço de cuidado bonito e alegre, justifica a validade do investimento em ambientação, em especial quando o local é voltado para o público infanto-juvenil.

Outro ponto que justifica o investimento em ambientação é a influência dessa ação na rotina hospitalar e nas relações estabelecidas entre os principais envolvidos nesse ambiente e, em especial, minimizando o impacto do tratamento em pacientes e cuidadores.

Ambientar um espaço hospitalar é também questionar e repensar os padrões espaciais e estéticos utilizados até então. Quando o setor de um hospital se interessa em modificar o ambiente, provavelmente, foi porque percebeu que o padrão dos espaços utilizados naquele hospital poderia ser melhorado para criação de um ambiente mais empático que potencializasse positivamente as relações estabelecidas entre profissionais, pacientes e cuidadores e, em alguma medida, amenizasse os impactos do tratamento.

Considerando o longo tempo que crianças e adolescentes passam no hospital durante o tratamento de câncer, o HCB investe na transformação do ambiente, tornando-o um espaço acolhedor, lúdico e agradável para pacientes, cuidadores e profissionais de saúde. Projetado para oferecer um tratamento humanizado às crianças e aos adolescentes, o primeiro bloco do hospital foi ambientado em oito alas chamadas 'estações', que representam a natureza do Brasil e se chamam Litoral, Amazônia, Mata Atlântica, Cerrado, Sertão, Pantanal e Pampa.

O plano de construção foi previsto em duas fases. O Bloco I foi construído pela Abrace ao custo de R$ 15 milhões, concluído em dezembro de 2008 e inaugurado em 23 de novembro de 2011. Neste espaço o hospital disponibiliza às crianças e adolescentes consultas, cirurgias ambulatoriais, diagnóstico básico e por imagem, quimioterapias, diálise peritoneal, hemodiálise e procedimentos ambulatoriais sob sedação, em ambientes próprios para o público infanto-juvenil.

A aquisição de mobiliário e equipamentos hospitalares se deu por meio do repasse de recursos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), de convênio celebrado entre a Abrace, Ministério da Saúde e Ministério Público do Trabalho, além de recursos captados junto à comunidade civil como, por exemplo, através de campanhas realizadas pelo Instituto Ronald McDonald.

2.2.6. **Assistência Realizada**

O HCB atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e é gerido atualmente pelo Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada (ICIPE), entidade com a qual foi firmado o Contrato de Gestão n.º 001/2014, vigente até 28 de fevereiro de 2019.

Quanto aos serviços prestados, desde o início de suas atividades o Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB) realizou mais de dois milhões e 916 mil atendimentos (2.916.500) até o final de julho de 2018. Dentre eles, destaca-se a realização de mais de um milhão e 742 mil exames laboratoriais e de 467 mil consultas. O HCB realizou, ainda, mais de 70 mil diárias (28.516 internações e 42.004 hospital-dia), 44 mil sessões de quimioterapia, 20 mil transfusões, oito mil cirurgias ambulatoriais, 14 mil ecocardiogramas, 38 mil exames radiográficos, 21 mil exames de tomografia computadorizada, 28 mil exames ultrassonográficos, dentre outros.

O Bloco I do Hospital da Criança de Brasília possui um Centro de Referência em Triagem Neonatal, e oferece atendimento, investigação, tratamento e acompanhamento de casos de alta complexidade, em especialidades clínicas específicas nas áreas de alergia e imunologia; cardiologia; dermatologia; endocrinologia; gastroenterologia, incluindo hepatologia e nutrologia; nefrologia; neurologia; oncologia; hematologia; pneumologia; reumatologia e homeopatia, que, ainda, contam com áreas de apoio nas especialidades de genética, infectologia, ginecologia, e psiquiatria.

Presta atendimento nas áreas cirúrgicas, na especialidade de neurocirurgia, cirurgia pediátrica e urologia. Oferece consultas e procedimentos de assistência em odontologia, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e dietética, pedagogia e psicopedagogia, psicologia, terapia ocupacional e serviço social, além de ofertar procedimentos especializados de cirurgia ambulatorial, diálise peritoneal, hemodiálise, hemoterapia, medicina nuclear, endoscopia, quimioterapia, outras terapias endovenosas (pulsoterapia, infusão de imunoglobulinas) e vacina em imunologia. Ainda no Bloco I, o HCB dispõe de leitos de internação para pacientes em tratamento onco-hematológico, quando necessário.

O Bloco II foi erguido pelo Governo do Distrito Federal (GDF) em parceria com a Organização Mundial da Família (WFO) e compreende toda a parte de internação, cirurgias, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Centro de Ensino e Pesquisa e diagnóstico especializado. Quando totalmente concluído, o Hospital da Criança de Brasília terá capacidade para realizar mais de 300 mil atendimentos por ano.

Com a operacionalização do Bloco II, o HCB deverá realizar cirurgias eletivas de baixa, média e alta complexidade nas áreas de cirurgia pediátrica geral, o que inclui cirurgia torácica, do aparelho digestivo, neonatologia cirúrgica, urologia e cirurgia oncológica pediátricas; neurocirurgia pediátrica; ortopedia pediátrica; cirurgia vascular; cirurgia plástica; a realização de transplantes de órgãos, de cirurgia cardíaca pediátrica de baixa e média complexidade, bem como o atendimento cirúrgico à criança vítima de lesões por traumatismo, na complementação da Linha de Cuidado à Criança Vítima de Trauma.

Oferecerá atendimento em regime de funcionamento contínuo e ininterrupto à criança com afecção cirúrgica de urgência e emergência não traumática, com necessidade urgente de avaliação ou intervenção cirúrgica, procedente das Unidades da Rede SES/DF.

As especialidades clínicas passarão a ofertar leitos de internação, voltados ao atendimento das demandas clínicas pediátricas de média e alta complexidade que necessitem internação hospitalar.

Quando totalmente implantado, o Hospital da Criança de Brasília será o maior centro de excelência em atenção pediátrica especializada e referência em ensino e pesquisa, com foco na integralidade da assistência, e ampliará a assistência hospitalar da Rede SES/DF em 202 (duzentos e dois) leitos, sendo 60(sessenta) para internação clínica, 60 (sessenta) para internação cirúrgica, 28 (vinte e oito) para internação oncológica, 06 (seis) para internação de pacientes em cuidados paliativos, 10 (dez) para internação de pacientes transplantados, e 38 (trinta e oito) leitos de terapia intensiva; 18 (dezoito) leitos de hospital dia e 5((cinco) salas de cirurgia.

2.2.7. **Estrutura Física Assistencial**

O complexo hospitalar Hospital da Criança de Brasília José Alencar, contemplando o Bloco I (Ambulatorial) e Bloco II (Hospitalar), oferecerá uma estrutura física total de 29.000 m² de área construída.

Cabe ressaltar que a estrutura relacionada abaixo encontra-se em fase de adequação, com a abertura dos Bloco II (Hospitalar).

Bloco Ambulatorial

O Bloco I é atualmente composto pela seguinte estrutura:

- Leitos de Internação
  - 2 leitos de cirurgia geral
  - 2 leitos de oncologia
  - 7 leitos de pediatria clínica

- 1 leito de hospital dia
- Salas de ambiente cirúrgica
  - 1 cirurgia
  - 2 procedimentos
  - 2 recuperação anestésica
- Consultórios
  - 30 de Especialidades Pediátricas
  - 3 de Odontologia
  - 2 de Nutrição
  - 3 de Serviço Social
  - 4 de Psicologia
  - 2 de Enfermagem
  - 3 de Reabilitação (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional)
- Salas
  - 1 Musicoterapia
  - 1 Curativos
  - 1 Imunização
  - 1 Nebulização
  - 2 TRS hemodiálise: 5 máquinas
  - 1 TRS - DPI/DPA/DPAC
  - 1 Terapia Endovenosa
- 1 Ginásio para reabilitação

Bloco Hospitalar

Quando integralmente implantado, o HCB contará com a seguinte estrutura no Bloco II:

- 202 leitos de internação
  - 60 leitos de internação clínica,
  - 60 leitos de internação cirúrgica,
  - 28 leitos de internação oncológica,
  - 6 leitos de cuidados paliativos com ante-sala,
  - 10 leitos para transplantados,
  - 38 leitos de Terapia Intensiva.
- 18 leitos de Hospital Dia
- 5 salas cirúrgicas
- Laboratórios Especializados
- Centro de Ensino e Pesquisa
- Áreas de Apoio (lavanderia, Central de Materiais Esterilizados, dentre outros)

2.2.8. Acreditação Do Hospital Da Criança

Em 25 de junho de 2018 o Hospital da Criança de Brasília recebeu o certificado de acreditação hospitalar da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Para receber a Acreditação, o Hospital passou por um período de avaliação conduzida pelo Instituto Brasileiro de Excelência em Saúde (Ibes), instituição credenciada pela ONA para identificar os pontos positivos dos serviços de saúde e determinar adequações administrativas que precisassem ser feitas.

O processo de acreditação atesta a qualidade dos serviços prestados e dos mecanismos de gestão que garantem a sustentação de um serviço de saúde integro e seguro, por meio de padrões de qualidade previamente estabelecidos. Para a Secretaria de Estado de Saúde do DF é fundamental a manutenção do processo de acreditação do HCB, que recebeu o certificado de acreditação em junho de 2018, tornando-se o primeiro hospital público do DF a receber o selo pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

A metodologia adotada pela ONA é validada e certificada pela ISQua (International Society for Quality in Health Care), significando que os padrões de qualidade adotados no HCB são padrões internacionalmente reconhecidos, sendo que o certificado possui validade de 02 (dois) anos e o hospital receberá, conforme previsto no Manual de Acreditação ONA, visitas de manutenção neste período, com objetivo de verificar a evolução e permanência da adequação dos quesitos avaliados, tratando-se, portanto, deum processo contínuo, com avaliações periódicas.

3. MODELO DE GESTÃO DO HCB

De acordo com a Constituição Federal de 1988 (CF-88), a "Saúde é direito de todos e dever do Estado". Dessa forma foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que representa um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

Sua criação proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação, a atenção integral à saúde, e não somente os cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida.

Posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde, de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, reforçou os debates já existes acerca do conceito, passando-se a entender que o conceito de saúde não se limita apenas a ausência de doença, mas sim, sobretudo, como qualidade de vida, decorrente de outras políticas públicas que promovam a redução de desigualdades regionais e promovam desenvolvimentos econômico e social.

Assim, o SUS, em conjunto com as demais políticas, atua na promoção da saúde, prevenção de ocorrência de agravos e recuperação dos doentes, sendo que a gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios.

Compõem o SUS tanto ações, como serviços de saúde, incluindo a atenção básica, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

Todavia, o cumprimento integral dos objetivos do SUS envolve o enfrentamento e a superação permanente de vastos obstáculos à administração eficaz e tempestiva na prestação direta de serviços, dentre eles destacam-se os relativos às dificuldades para aquisição de insumos e medicamentos, aquisição e manutenção de equipamentos e a contratação de recursos humanos.

Muitas das dificuldades identificadas derivam da complexidade dos processos administrativos definidos em leis e normas a elas relacionadas, que em sua maioria são construídos e elaborados visando o fomento a atividades alheias aos serviços públicos de saúde, gerando como consequência entraves administrativos e excessivamente burocráticos que acabam por tornam lento e muitas ineficiente o resultado final da prestação dos serviços públicos de saúde à população.

Com isso, torna-se necessária a busca de novas formas de gestão, que permitam que tais processos cursem com maior simplicidade e eficiência. A introdução de novos modelos de gerenciamento dos processos assistenciais é uma forma de modernização ao acesso regulado e de fortalecimento dos mecanismos de controle, fundamentais na gestão do SUS, com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços, com racionalização de recursos e potencialização de resultados, objetivando o aumento da eficiência e maior abrangência e oferta de atendimentos.

Além disso, com foco no alcance de maior agilidade e flexibilidade na gestão de recursos humanos e materiais que permitam a implantação de processos mais estruturados em conjunto com uma administração mais efetiva dos recursos públicos, torna-se cada vez mais presente na Administração Pública a participação do chamado Terceiro Setor.

Segundo Maria Sylvia Zanello di Pietro, terceiro setor são "entidades da sociedade civil de fins públicos e não lucrativos." Em seu entendimento, Primeiro Setor é o Estado, que com finalidade pública desenvolve atividades que tem por objetivo a obtenção do bem comum; já o Segundo Setor se caracteriza pela iniciativa privada, o mercado, que com meios privados desempenha atividade que visa o lucro; e o Terceiro Setor é aquele que usa de recursos privados para exercer atividade de interesse público, tendo como objetivo único o desenvolvimento de tal atividade, não visando, assim, o lucro.

Como requisito a atividade desempenhada pelo Terceiro Setor deve representar interesse da sociedade como um todo, devendo, além disso, cumprir os demais requisitos para o recebimento do título jurídico adequado (utilidade pública, fins filantrópicos; organização social) que é concedido pelo próprio Estado.

O Terceiro Setor divide-se em Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. Estas se caracterizam por serem entes que desempenham atividades de importância social, tais como combate à pobreza, assistência social, promoção da saúde, da cultura e

da cidadania. E as Organizações Sociais são definidas como entidades sem fins lucrativos que desenvolvem atividades relacionadas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, ao meio ambiente, à cultura e à saúde.

4. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

A Organização Social caracteriza-se como sendo uma entidade do Terceiro Setor, de direito privado, sendo este título emitido pela própria Administração para que, a partir de então seja habilitada a celebrar contratos de gestão com a Administração Pública.

Maria Sylvia Zanello di Pietro entende que as Organizações Sociais: são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, instituídas por iniciativa de particulares, para desempenhar serviços sociais não exclusivos do Estado, com incentivo e fiscalização pelo Poder Público, mediante vínculo jurídico instituído por meio de contrato de gestão.

Silvio Luis Ferreira da Rocha entende que a Organização Social foi criada para receber do Estado serviços públicos por ele prestados, tais como saúde, educação, cultura e pesquisa científica.

Por intermédio das Organizações Sociais, o Estado viabiliza maior participação das iniciativas da sociedade civil, descentralizando a execução de suas políticas públicas e tornando-se mais eficiente, tendo como impacto a redução de seus custos. Para isso, a atividade desempenhada pela Organização Social deve ser pautada na ênfase ao cidadão e executada de forma transparente e objetiva. No entanto, o exercício dessa atividade não lhes torna parte integrante da Administração Pública, haja vista tratar-se de pessoas jurídicas de direito privado.

5. JUSTIFICATIVA DO CONTRATO DE GESTÃO

No que tange ao modelo de gestão, ainda que os instrumentos não se confundam, é comum notar-se a tentativa de aproximação do instrumento Contrato de Gestão aos demais instrumentos de natureza diversa, utilizados nas contratações e aquisições no âmbito da Administração Pública de forma generalizada, incluindo-se aí os de terceirização.

Porém, o termo "terceirização", no contexto da Administração Pública, representa um modelo de organização estrutural que permite que um órgão ou entidade transfira à outra suas atividades-meio, gerando maior disponibilidade de recursos para sua atividade-fim, reduzindo a estrutura operacional, diminuindo os custos, economizando recursos e desburocratizando a administração.

As parcerias firmadas com Organizações Sociais não eximem o Estado da responsabilidade de garantir os direitos sociais, regular e promover serviços sociais, porém, utilizando-se de mecanismos de parceria renovados, ampliando a sua capacidade de direta ou indiretamente assegurá-los.

O modelo de gerenciamento na área da saúde pública por O.S. deve obrigatoriamente respeitar os princípios do SUS: acesso universal, integralidade da assistência e equidade na oferta de serviços.

De forma adicional, o Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde, do Ministério da Saúde descreve as Organizações Sociais como uma *"estratégia para estimular parcerias de entidades privadas sem fins lucrativos com o Poder Público, em serviços sociais livres à ação da iniciativa privada na esfera pública, que não podem e não devem ser superestimadas nem subestimadas como respostas às dificuldades do aparelho do Estado no âmbito da disponibilização das atividades sociais, mormente na espécie, ações e serviços de saúde."*

O art. 18 da Lei nº 9.637/1998 traz orientação específica para o caso da qualificação de OS na área da saúde e, ainda que não haja previsão expressa correlata no âmbito do GDF, trata-se de cautela, a ser observada pelo gestor quanto à obrigatoriedade de se obedecer às disposições específicas estabelecidas na Lei nº 8.080 a respeito da participação de entidades civis sem fins lucrativos no âmbito do SUS, prevista no §1º do art. 199 da Constituição Federal.

Em todos os casos a atuação privada, por assumir caráter de participação complementar no SUS, fica obrigada à observância dos princípios e diretrizes do SUS, estabelecidos na Lei nº 8.080, de 1990, sobretudo às seguintes:

I - ser desenvolvida de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo aos princípios estabelecidos no art. 7º da Lei nº 8080, de 1990, que incluem à obediência aos princípios da universalidade de acesso; da integralidade da assistência; da igualdade da assistência à saúde; da participação a comunidade; da regionalização e hierarquização dos serviços, dentre outros;

II - organizar-se de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente;

III - observar as normas regulatórias estabelecidas pela União;

IV - submeter-se às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato/convênio;

V - ser gratuita para os cidadãos (art. 43); e

VI - observar os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Requer especial atenção a diversidade de interpretações sobre a participação complementar da iniciativa privada no âmbito do SUS, sendo de extrema relevância para o tema o voto do Ministro Dias Toffoli, do Supremo Tribunal Federal, ao Recurso Extraordinário 581.488-RS, de 03 de dezembro de 2015:

> *"Não se nega também que a saúde pública possa ser complementada pela iniciativa privada. Conforme salientado por Fernando Borges Mânica, em trabalho acadêmico, a própria Constituição Federal faz referência expressa à participação privada no sistema público de saúde e, "com isso, a delimitação do caráter complementar de participação da iniciativa privada na prestação de serviços públicos de saúde implica a análise do alcance do conteúdo constitucional da complementaridade, a qual deve ter como referencial tanto (i) o texto da Constituição, quanto (ii) as condições históricas, sociais e econômicas atuais e aquelas existentes no momento de elaboração do texto constitucional" (Participação privada na prestação de serviços públicos de saúde. In: Tese de Doutorado. Curso de Pós-Graduação em Direito na Universidade de São Paulo, 2009). A Constituição Federal, portanto, ao disciplinar o direito à saúde, oferece expressamente a possibilidade de modernização da Administração Pública por meio da participação consensual e negociada da iniciativa privada tanto na gestão de determinadas unidades de saúde quanto na prestação de atividades específicas de assistência à saúde. Essa parceria fica evidente na leitura dos arts. 197 e 199, § 1º, da Constituição Federal, a saber: "Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (...) 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. " A complementaridade do setor privado na área da saúde pública, inclusive, é reconhecida pelo Ministério da Saúde, que, em seu manual sobre doutrinas e princípios, elaborado pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, reconhece ter a Constituição Federal definido que, quando houver insuficiência do setor público e for necessária a contratação de serviços privados. Na celebração desses contratos ou convênios, os gestores devem observar os parâmetros de cobertura assistencial, critérios e valores de remuneração dos serviços contratados, estabelecidos pela Direção Nacional do Sistema e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS (art. 26, Lei nº 8.080, de 1990). Deve se dar sob três condições: "1a. - celebração de contrato, conforme as normas de direito público, ou seja, interesse público prevalecendo sobre o particular; 2a. - a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevalecem, assim, os princípios da universalidade, equidade, etc., como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste; 3a. - a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Dessa forma, em cada região, deverá estar claramente estabelecido, considerando-se os serviços públicos e privados contratados, quem vai fazer o que, em que nível e em que lugar. Dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos, conforme determina a Constituição. Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na sequência, complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização. Torna-se fundamental o estabelecimento de normas e procedimentos a serem cumpridos pelos conveniados e contratados, os quais devem constar, em anexo, dos convênios e contratos" (vide ABC do SUS – Doutrina e Princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1999). A ação complementar não implica que o privado se torne público ou que o público se torne privado. Cuida-se de um processo político e administrativo em que o Estado agrega novos parceiros com os particulares, ou seja, com a sociedade civil, buscando ampliar, completar, ou intensificar as ações na área da saúde. Não significa, sob o espectro constitucional, que somente o poder público deva executar diretamente os serviços de saúde - por meio de uma rede própria dos entes federativos -, tampouco que o poder público só possa contratar instituições privadas para prestar atividades meio, como limpeza, vigilância, contabilidade, ou mesmo determinados serviços técnicos especializados, como os inerentes aos hemocentros, como sustentado por parte da doutrina. Conforme salientado por Geisa de Assis Rodrigues, "as instituições privadas têm liberdade para prestar serviços de saúde. Podem atuar de forma complementar ao SUS ou não. As que complementam as atividades do Poder Público no SUS estão plenamente sujeitas às suas regras, sendo preferencialmente de fins não lucrativos ou entidades filantrópicas. Os serviços prestados por meio de convênio ou contrato público são remunerados, observando os critérios fixados pela Direção nacional do SUS e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde. É importante ressaltar que os valores são estabelecidos através de um ato administrativo complexo, ou seja, só é fixado quando definido pelo Ministro da Saúde e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, como determina a lei" (op. cit. p. 330). Sobre a necessidade de se observar o iter a ser trilhado para se chegar ao montante da remuneração, assim já decidiu o*

Colendo Superior Tribunal de Justiça: "Esta remuneração, à obviedade, há de ser paga pelo poder público ao particular colaborador, desde que comprovadas as despesas, os serviços e uma vez apresentado o demonstrativo econômico-financeiro a garantir, inclusive, a qualidade dos serviços executados, havendo que se resguardar sempre o equilíbrio econômico e financeiro" (STJ - Resp. 995003, Primeira Turma, Rel. Min. José Delgado, DJ de 5/3/08). Isso não implica que haja supremacia da Administração sobre o particular, que pode atuar, em parceria com o setor público, obedecendo sempre, como mencionado, os critérios da consensualidade e da aderência às regras públicas. Como se constata pelas exitosas experiências em países como Alemanha, Canadá, Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, dentre outros, na área da saúde, importantes requisitos das parcerias, como contratualização, flexibilidade, possibilidade de negociação, consensualismo, eficiência e colaboração são fundamentais para que os serviços possam ser prestados de forma ao menos satisfatória. Dessa perspectiva, como já escreveu Mônica: "Pode-se concluir que a assistência prestada por meio da iniciativa privada deve complementar as atividades de competência do SUS, as quais não podem ser integralmente executadas por terceiro. Tal entendimento veio ao encontro do que dispõe ao artigo 197, que não faz qualquer balizamento à possibilidade de participação privada na prestação de serviços. Assim, quando a Constituição Federal menciona a complementaridade da participação privada no setor de saúde, ela determina que a participação da iniciativa privada deve ser complementar ao SUS, incluídas todas as atividades voltadas à prevenção de doenças e a promoção, proteção e recuperação da saúde, dentre as quais aquelas de controle e fiscalização" (Fernando Borges Mânica, op. cit., p. 7)."

Importante esclarecer que as atividades estatais tidas como privativas, relacionadas ao exercício das prerrogativas decisórias, normativas e executivas específicas que a Constituição e a lei concederam às estruturas do aparelho do estado, por envolverem o uso de poderes de titularidade exclusiva do Poder Público, são irrenunciáveis, não podendo ser transferidas ou mesmo compartilhadas com o setor privado ou social.

Entre elas estão o poder de definir as condições e as estratégias para a implantação das políticas públicas; de arrecadar, gerir e aplicar os recursos públicos; de exercer a fiscalização e o controle legal das atividades da administração e, especialmente, do uso correto dos recursos públicos; de outorgar títulos a pessoas jurídicas ou físicas, geradores de direitos ou deveres; de regular a atuação de agentes públicos e privados, impondo-lhes os limites estabelecidos pela lei.

Diante disso, não se confunde a autonomia gerencial e administrativa conferida à entidade qualificada como Organização Social, no âmbito do GDF, que vier a celebrar Contrato de Gestão com a Administração Pública, que atuará exclusivamente como entidade executora das Políticas Públicas, cuja competência e autoridade para elaboração são exclusivas do Estado.

Trata-se, portanto, de natureza contratual específica, disciplinada por instrumentos legais e normativos, que, ainda que se submeta às regras da Administração Pública, não podem ser enquadradas nem confundidas com a terceirização de serviços públicos, sendo que o objeto do contrato de gestão não se configura na compra de serviços no mercado, em ambiente de competição. Trata-se de um ajuste em que as partes instituídas têm finalidades estatutárias convergentes, e visam ao alcance de objetivos comuns. O contrato estabelece as regras para o fomento e fixa as metas a serem alcançadas pela entidade parceira.

Ressalta-se, ainda, o que dispõe a Resolução n.º 502 do Conselho de Saúde do DF, de 12/06/2018, homologada pelo Secretário de Saúde do DF, que determinou que "*a SES-DF promova todos os atos e procedimentos necessários para chamamento de entidades qualificadas para a gestão do Hospital da Criança de Brasília- HCB, do período 2019 a 2024*".

A SES/DF, desde a inauguração do Hospital da Criança de Brasília, promoveu medidas de modernização gerencial, dentre elas a gestão compartilhada do Hospital da Criança de Brasília, unidade hospitalar de natureza pública, com gestão por entidade de direito privado especializada. Esta modernização vem proporcionando à população assistência completa, integral, qualificada, humanizada e resolutiva. Este resultado vem sendo atingido a um custo adequado ao modelo gerencial proposto, que permite flexibilidade e transparência, além da satisfação do usuário e controle adequado pelo gestor.

Há dificuldades diversas na prestação dos serviços de saúde, devidas principalmente à escassez no mercado de profissionais especializados nas diversas subespecialidades pediátricas, havendo também outros óbices à eficiência e tempestividade da administração da prestação direta de serviços, relativos às dificuldades na aquisição de insumos e medicamentos, aquisição e manutenção de equipamentos.

A agilidade na gerência destes recursos materiais é fundamental para a atenção efetiva ao usuário com necessidades de saúde. Muitas das dificuldades apontadas derivam da complexidade dos processos administrativos, o que torna necessária a busca de novas formas de gestão, que permitam que tais processos cursem com maior simplicidade e eficiência.

Nesse escopo, a SES/DF tem reorientado o modelo de gestão e de atenção à saúde visando atingir novos patamares de prestação de serviço, a fim de proporcionar maior satisfação ao usuário, associada ao aperfeiçoamento e à economicidade no uso dos recursos públicos.

A introdução de novos modelos de gerenciamento dos processos assistenciais é uma forma de modernização ao acesso regulado e de fortalecimento dos mecanismos de controle, fundamentais na gestão do SUS.

Assim, considerando que figuram dentre os objetivos da SES/DF a melhoraria da qualidade dos serviços com racionalização de recursos e potencialização de resultados, ao aproximar-se o fim do prazo de vigência do Contrato de Gestão n.º 001/2014, para gestão do HCB, inicia-se a instrução do procedimento de contratação, em atendimento à determinação do Conselho de Saúde do Distrito Federal, pela Resolução nº 502 do Conselho de Saúde, de 12 de junho de 2018, supracitada.

Essa modalidade de contratação visa assegurar a continuidade da assistência em caráter contínuo e resolutivo, objetivando o aumento da eficiência e maior abrangência e oferta de atendimentos, destacando-se como benefício pertinente a este modelo de contratação, a integralidade do funcionamento, bem como a agilidade e flexibilidade na gestão de recursos humanos e materiais que permitem a implantação de processos mais estruturados e uma administração mais efetivas dos recursos públicos.

Cabe destacar, inclusive, observar a manifestação do Supremo Tribunal Federal - STF em 2015, na ADI 1923, de 1998 (especialmente quanto aos artigos n.º 20, 21, 22 e 23 da Lei nº 9.637/1998), na decisão proferida em 16 de abril de 2015, em que firmou o entendimento de que o modelo de parceria e fomento com organizações sociais e a prática da "publicização" são constitucionais.

Segundo o Ministro Luiz Fux, a publicização de que trata a lei não é uma imposição aos governos e sim uma possibilidade. Em suas palavras:

> *"O procedimento de qualificação de entidades, na sistemática da Lei, consiste em etapa inicial e embrionária, pelo deferimento do título jurídico de "organização social", para que Poder Público e particular colaborem na realização de um interesse comum, não se fazendo presente a contraposição de interesses, com feição comutativa e com intuito lucrativo, que consiste no núcleo conceitual da figura do contrato administrativo, o que torna inaplicável o dever constitucional de licitar (CF, art. 37, XXI). A atribuição de título jurídico de legitimação da entidade através da qualificação configura hipótese de credenciamento, no qual não incide a licitação pela própria natureza jurídica do ato, que não é contrato, e pela inexistência de qualquer competição, já que todos os interessados podem alcançar o mesmo objetivo, de modo includente, e não excludente. " (STF - Inteiro Teor do Acórdão da ADI nº 1923-5, de 2015, fls.5)."*

Além disso, importa ressaltar que a Organização Social não recebe recursos públicos orçamentários, mas sim recursos financeiros a título de fomento (por transferência), que não se caracteriza como pagamento por serviços prestados, mas sim, significa a destinação de recursos financeiros à entidade parceira para promover a atividade de interesse comum em benefício da população, devendo a entidade, em contrapartida, alcançar as metas estabelecidas, de comum acordo, com o Poder Público, observadas as condições estabelecidas no contrato.

Outrossim, entenderam os Ministros do STF que nenhum dos dispositivos da Lei nº 9.637/1998 tendeu afastar o controle do Tribunal de Contas e do Ministério Público acerca da aplicação dos recursos públicos, nem poderia fazê-lo porquanto o âmbito de competência desses Órgãos é delimitado constitucionalmente. É preciso destacar, no entanto, que de forma coerente com a gestão privada da Organização Social, esse controle deve se dar sobre o cumprimento dos termos do contrato de gestão e não sobre a gestão privada da entidade colaboradora.

No tocante ao acompanhamento e à fiscalização, as competências relativas à supervisão ou fiscalização do contrato de gestão compreendem a avaliação da execução dos compromissos contratuais, especialmente no que se refere ao cumprimento das metas pactuadas com a organização social e a análise da sua prestação de contas, relativa ao exercício financeiro.

Em cumprimento, a entidade qualificada apresentará ao órgão ou entidade do Poder Público supervisor, signatário do contrato, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

Firmado, portanto, o entendimento de que o objeto da fiscalização do Poder Executivo não é a gestão administrativa e financeira da OSS e sim o cumprimento das obrigações e o alcance das metas de desempenho definidas no contrato, particularmente quanto ao atingimento dos resultados esperados da parceria.

Em acordo com os artigos 71, VI, e 74, II, da Constituição Federal, a fiscalização da autoridade supervisora recai sobre os resultados da aplicação dos recursos públicos transferidos à entidade e não sobre sua gestão interna, ou seja, sobre seus procedimentos, rotinas e sistemas administrativos, financeiros e contábeis, inclusive no que concerne à forma de contabilização e aplicação de eventuais excedentes financeiros, oriundos ou não do contrato de gestão.

Sobre a participação das Organizações sociais na atividades públicas, versa a Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998, a qual integra um conjuntos de medidas adotadas pelo

Governo Federal no período de 1995 a 1999, baseadas em estratégias integradas para o fortalecimento das atividades de direção superior da Administração Pública Federal, assim como das demais atividades privativas de estado; e de desoneração da ação estatal direta no campo das atividades e serviços públicos não privativos, especialmente os de natureza social, com o objetivo de: aumentar a governança do Estado; limitar a sua atuação às funções que lhe são próprias; e transferir da União para os estados e municípios as ações de caráter local.

Logo que sancionada, a Lei nº 9.637, de 1998, teve sua constitucionalidade questionada junto ao Supremo Tribunal Federal – STF, pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e Partido Democrático Trabalhista (PDT), na Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI Nº 1.923- 5, em especial no que se refere aos artigos n.º 20, 21, 22 e 23, que previam a possibilidade do Poder Público "publicizar" serviços públicos.

Em 2015, após dezessete anos, o STF julgou a ADI e, na Ementa da decisão proferida em 16 de abril de 2015, firmou o entendimento de que o modelo de parceria e fomento com organizações sociais e a prática da "publicização" são constitucionais.

O Programa Nacional de Publicização - PNP, a que se refere o art. 20 da Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998 somente foi regulamentado pelo Decreto nº 9.190, de 1º de novembro de 2017 e, entre outras disposições, estabelece as diretrizes para qualificação de organizações sociais, os critérios para formalização da decisão de publicização, os critérios para seleção da entidade, os requisitos para publicação do ato de qualificação, as regras para celebração do contrato de gestão e para a execução e avaliação do contrato de gestão, no âmbito do Governo Federal.

Registre-se que o termo "publicização" se refere à possibilidade de ser transferida à organizações sociais a execução de atividades e serviços antes realizados diretamente por órgão ou entidade da Administração Pública.

Contudo, com relação à competência legislativa, União, Estados e Municípios podem legislar a respeito das Organizações Sociais, devendo, entretanto, ser respeitado o campo de atuação entre cada um destes entes.

Em consonância com a elucidação de Hely Lopes Meirelles, compreende-se que a Lei 9637/98 não é uma lei de alcance nacional, ou seja, sua aplicação não é obrigatória aos Estados e Municípios, todavia, deve esta ser seguida quando da elaboração das leis regionais que regerão a matéria a nível local.

Assim, no âmbito do Distrito Federal Lei Distrital n.º 4.081, de 04 de janeiro de 2008, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, não representa uma normatização isolada, proveniente do Distrito Federal, mas sim, constitui a adoção, no âmbito do GDF, do modelo de parceria do Poder Público com as organizações sociais, instituído pelo Governo Federal por meio da Lei nº 9.637/98, de 15 de maio de 1998 (conversão da Medida Provisória n.º 1.648-7, de 23 de abril de 1998).

Conforme prevê o artigo 1º da Lei Distrital n.º 4.081/2008:

> *"Art. 1º O Poder Executivo, por ato do Governador do Distrito Federal, poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à cultura, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico e institucional, da flora e da fauna, à ação social, à defesa do consumidor, à saúde, ao esporte, à agricultura e ao abastecimento, atendidos os requisitos desta Lei. (Artigo alterado (a) pelo (a) Lei 4249 de 14/11/2008) "*

A referida Lei foi regulamentada pelo Decreto n.º 28.693, de 18 de janeiro de 2008, publicado no DODF de 21 de janeiro de 2008, republicado em 22 de janeiro de 2008, e integralmente revogado pelo Decreto nº 29.870, de 18 de dezembro de 2008. Posteriormente alterado pelo Decreto n.º 35.612, de 04 de julho de 2014, e Decreto n.º 37.226, de 31 de março de 2016.

Com relação à gestão do HCB, em 28 de junho de 2011 foi assinado o Contrato de Gestão n.º 001/2011 - SES/DF, com o Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada - ICIPE, para organização, implantação e gestão das - ações de assistência à saúde no Hospital da Criança de Brasília— HCB, com vigência de 60 (sessenta).

Em 26 de setembro de 2011 foi assinado o Primeiro Termo Aditivo ao Contrato, que teve como objeto alterações contratuais sem impacto financeiro ao valor do Contrato e, em 02 de janeiro de 2013 foi assinado o Segundo Termo Aditivo ao Contrato, que também teve como objeto alterações contratuais sem impacto financeiro ao valor do Contrato.

Logo após, manifestou-se a Comissão de Acompanhamento do Contrato de Gestão – CACG à época, quanto à necessidade de atualização do Projeto Básico, baseando-se na previsão da Cláusula 5.2 do Contrato de Gestão, que dispõe sobre a possibilidade de revisão do Projeto Básico e do Projeto de Trabalho, diante de necessidade excepcional justificada, tendo como motivação para a respectiva revisão se deu em razão da assinatura do em 21.06.2012, do convênio entre a SES-DF e a UNAPMIF/ OMF para complementação do Sistema de Atendimento terciário na área de pediatria do Distrito federal, incluindo a fabricação e montagem do Bloco II do HCB, com 202 leitos e área total e 21.000 m², sendo este objeto dividido em 04 (quatro) fases.

Assim, conforme manifestação da CACG, a proposta de revisão do projeto básico para um novo Contrato de Gestão entre a Secretaria de Estado de Saúde — SES-DF e o Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada — ICIPE, para a gestão e operacionalização do HCB foi sustentada pela expressiva ampliação de natureza nosológica e cobertura epidemiológica do objeto contratado, sendo que o novo e ampliado objeto se fez acompanhar pelo respectivo projeto básico, além do plano de trabalho preliminar, que abordou, dentre outros: o aumento do número de leitos e amplitude assistencial, incluindo mais de 200 leitos, dos quais 38 (trinta e oito) são de medicina intensiva pediátrica; acréscimo de especialidades pediátricas, de novas tecnologias diagnósticas de imagens e de análises clínicas; de cirurgias de alta complexidade como transplantes de fígado e de rins.

Diante disso, o Projeto Básico e do Plano de Trabalho do Contrato de Gestão de 2011 foram revisados com a finalidade exclusiva de contemplar a integração da atenção ambulatorial já realizada à hospitalar, não se tratando, portanto, de alteração de objeto, mas sim da ampliação do escopo assistencial do HCB, como Unidade integrante da rede pública de saúde do DF.

No entanto, apesar de cabível, tal ampliação não foi tratada como um Aditivo ao Contrato até então vigente, tendo se decidido pela celebração de novo Contrato, assinando-se assim, em 17 de fevereiro de 2014, o Contrato de Gestão n.º 001/2014 para organização, implantação e gestão das ações de assistência à saúde no HCB, com vigência de 60 (sessenta) meses, a contar de 1º de março de 2014 e repasses mensais definidos conforme cronograma de implantação do Bloco II, considerando o disposto na Cláusula n.º 5.9, que dispõe o seguinte:

> *"5.9. A implantação dos serviços no HCB se dará por meio das fases previstas no Plano de Trabalho, restando o início da fase II (dois) condicionado à conclusão do projeto objeto do convênio celebrado entre a SES—DF e a UNAPMIF-OMF (DODF 10072012), previsto para 31.01 2014.*
>
> *5.9.1. Havendo atraso na conclusão do projeto mencionado no caput, prevalecem as metas quantitativas e qualitativas, bem como os valores previstos a título de repasse, com as devidas atualizações monetárias, sendo o cronograma das fases seguintes postergado automaticamente."*

Com base nesse dispositivo e, como consequência da prorrogação da vigência do Convênio celebrado entre SES/DF e WFO, além do atraso na entrega das obras do Bloco II à SES/DF, tanto os repasses quanto as metas pactuadas permaneceram ao longo dos anos atrelados à fase 1A de implantação do HCB, correspondente ao valor para operacionalização do Bloco I apenas.

Somente em 2018, por meio do Quarto Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, é que foi realizada a atualização do cronograma de implantação do HCB, tendo a fase 1B tido início em março de 2018, sendo atualizadas nesse Termo Aditivo, as informações referentes aos valores repassados até então.

Em 28 de setembro de 2018, foi assinado o Quinto Termo Aditivo ao Contrato, que teve como objeto nova adequação do cronograma de implantação, como consequência da prorrogação do Convenio WFO e, ainda, o reajuste do valor do Contrato em 2,182%, referente ao período de março de 2017 a fevereiro de 2018, com efeitos financeiros a partir de março de 2018.

Diante disso, este Projeto Básico, que tem como objeto a celebração do Contrato de Gestão que terá vigência a partir de 1º de março de 2019, foi elaborado com base no cronograma pactuado no Quinto Termo Aditivo supramencionado, conforme seu Anexo XV a seguir transcrito:

> ***"ANEXO XV - 5º TERMO ADITIVO***
>
> ***PLANO DE TRABALHO - CG SES/DF 001/2014***
>
> ***2.2.2. Cronograma operativo para implantação***
>
> *O processo de ativação do complexo será realizado de acordo com a seguinte previsão:*
>
> ***2.2.2.1. Fase de operação do Bloco I (Fases 1A - do 1º ao 48º mês) – Março de 2014 a Fevereiro de 2018.***
>
> *Execução da Fase 1A do cronograma de implantação do Hospital da criança de Brasília José Alencar, que teve seu período de execução estendido devido ao atraso nas obras do Bloco II do Complexo Hospitalar.*
>
> ***2.2.2.2. Fase de organização e planejamento (Fase 1B - 49º ao 55º mês) – Março a Setembro de 2018***
>
> *Este período é considerado crítico e essencial para o adequado funcionamento do complexo, pois contempla a definição e estruturação de processos base para a operacionalização dos serviços assistenciais, como: recrutamento, seleção e treinamento de Recursos Humanos; aquisições e contratações de serviços; definição e negociação de fluxos e rotinas dos processos de apoio; parametrizações do sistema informatizado, dentre outros.*
>
> *Ressalta-se que nesta fase será efetuado todo o planejamento de aquisições não previstas no convênio firmado com a WFO, para a garantia do pleno funcionamento do hospital.*
>
> ***2.2.2.3. Fase 1C - 56º mês — Outubro de 2018***
>
> *Nesta fase, é previsto o início da ativação da Unidade Hospitalar, com a transferência das atividades administrativas, das internações hospitalares e de cirurgias até esse momento realizadas no Bloco I para o Bloco II, disponibilizando:*

20 Leitos de Oncohematologia,

12 Leitos Cirúrgicos e,

03 Salas Cirúrgicas (sendo 02 destinadas à realização de procedimentos ambulatoriais, tendo em vista o processo de reforma na Unidade Ambulatorial).

Nesta fase também, está prevista o início das obras de reforma e adaptação do Bloco I, necessárias para ampliar e aperfeiçoar o processo de produção ambulatorial (realização de consultas, procedimentos e cirurgias). A reforma contemplará:

Preparação da área para instalação do serviço de Ressonância Magnética;

Adequação estrutural de nova área para a Reabilitação, englobando o espaço onde hoje funcionam a cozinha e o refeitório;

Reforma da estação Litoral;

Reforma na área do Sertão, onde hoje está localizado o administrativo, para ampliação do número de consultórios.

Ressalta-se ainda que nesta fase será efetuado levantamento e planejamento de aquisições necessárias, não previstas no convênio firmado com a WFO, para a garantia do pleno funcionamento do hospital.

2.2.2.4. Fase 2 – 57º e 58º mês – Novembro e Dezembro de 2018

Executar a transferência dos pacientes internados no serviço de pediatria do Hospital de Base – DF (7º andar). Para tanto deverão estar em operação:

28 Leitos de Oncohematologia;

30 Leitos de Clínica;

20 Leitos Cirúrgicos;

10 Leitos de UTI;

06 Leitos de Cuidados Paliativos e,

04 Salas Cirúrgicas (sendo 02 destinadas à realização de procedimentos ambulatoriais, tendo em vista o processo de reforma na Unidade Ambulatorial).

Nesta etapa estarão ativos 94 leitos – 46,5% do total de leitos previstos.

2.2.2.5. Fase 3 - 59º e 60º mês – Janeiro de 2019 e Fevereiro 2019

Nesta Fase estarão em operação:

28 Leitos de Oncohematologia;

44 Leitos de Clínica;

40 Leitos Cirúrgicos;

30 Leitos de UTI;

06 Leitos de Cuidados Paliativos e,

04 Salas Cirúrgicas.

Nesta etapa estarão ativos 148 leitos – 73,3% do total de leitos previstos."

Assim, considerando a conclusão da implantação da fase 3 em fevereiro 2019, o novo contrato terá início em março de 2019, com a Fase 3 completamente implantada, restando a implantação da Fase 4 para o período de sua vigência, devendo a implantação dessa fase ser iniciada em junho de 2019.

Contudo, ocorrendo novo atraso na conclusão das etapas, com impacto nos prazos que exceda a vigência do Contrato de Gestão n.º 001/2014, o novo Contrato de Gestão deverá garantir a continuidade ininterrupta da implantação dos serviços, independentemente de qual seja a fase em execução.

Nesse caso, dar-se-á, de forma análoga, cumprimento ao disposto na Cláusula 5.9.1, transcrita anteriormente, devendo ser adotados para execução das ações pela Organização Social que vier a assumir a gestão do HCB a partir de 1º de março de 2019 as metas de produção e valores de repasse correspondentes à fase em que se encontrar o cronograma de implantação do HCB.

E, ainda, em caso de necessidade de ou adequação de tal cronograma, isto deverá ser registrado por meio de Termo Aditivo ao novo Contrato de Gestão.

6. ENQUADRAMENTO DA CONTRATAÇÃO

Lei nº 4.081, de 04 de janeiro 2008, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais no âmbito do Distrito Federal e dá outras providências, e Decreto Distrital nº 29.870, de 18 de dezembro de 2008, que regulamenta a Lei nº 4.081, de 04 de janeiro de 2008 e dá outras providências.

7. OBJETIVOS DA CONTRATAÇÃO

7.1. OBJETIVO GERAL

Organizar, implantar e gerenciar as ações de assistência e serviços de saúde prestados pelo Hospital da Criança de Brasília José Alencar — HCB, em nível ambulatorial e hospitalar, de média e alta complexidade, constituindo equipe multidisciplinar e interdisciplinar para prestar serviços de assistência integral pediátrica referenciada ao hospital pelas unidades de saúde do DF

7.2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

As ações, metas e respectivos indicadores de desempenho do Contrato de Gestão, detalhados no presente Projeto Básico e Anexos buscam alcançar, nos limites pactuados, os seguintes objetivos estratégicos:

- Facilitar o acesso da população do DF e Entorno aos serviços médico-hospitalares de média e alta complexidade nas Especialidades Pediátricas, com o intuito de proporcionar serviços de referência e contra referência;
- Assistir crianças e adolescentes portadores de patologias de média e alta complexidade nas diferentes especialidades pediátricas;
- Proporcionar assistência interdisciplinar que contemple as diferentes dimensões dos cuidados, como a biológica, psicológica, familiar e social;
- Contribuir com a rede pública de saúde do DF com recursos diagnósticos e terapêuticos multidisciplinares:
- Elevar a resolutividade dos serviços de saúde prestados pela SES/DF;
- Contribuir para redução da taxa de mortalidade por câncer infanto-juvenil no DF;
- Criar polo formador de recursos humanos nas várias subespecialidades pediátricas;
- Integrar as subespecialidades pediátricas de forma articulada, visando à otimização dos recursos disponíveis.

7.3. RESULTADOS ESPERADOS

- Melhoria nos indicadores de saúde pediátrica devido à presença de suporte tecnológico às ações de saúde;
- Satisfação do usuário do SUS, que passará a ter assistência mais efetiva às suas necessidades;
- Equilíbrio na oferta de assistência pública de saúde pediátrica do Distrito Federal pela melhor distribuição da capacidade instalada.

8. DA SUBCONTRATAÇÃO

Fica vedada a subcontratação do OBJETO deste Projeto Básico - Contrato de Gestão para administrar, gerenciar, operacionalizar, organizar, implantar, manter e executar as ações de assistência e serviços de saúde prestados pelo Hospital da Criança de Brasília José Alencar - HCB, pertencente à rede da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Na hipótese de subcontratação, os contratos entre a Organização Social e os subcontratados deverão prever cláusula de possibilidade de sub-rogação à Organização Social que a suceder em caso de encerramento do Contrato de Gestão durante a vigência dos contratos com seus subcontratados, visando à continuidade da prestação adequada dos serviços;

A OSS que vier a celebrar o Contrato de Gestão objeto deste Projeto Básico assumirá integralmente a responsabilidade pelos contratos de trabalho vigentes à época do início da vigência do novo Contrato de Gestão.

Fica aberta a possibilidade dos serviços referentes a lavanderia hospitalar, central de material esterilizado, anatomia patológica, patologia clínica, transporte hospitalar, e outros de área meio, serem ou não realizados nas dependências do Hospital da Criança de Brasília, desde que sejam guardadas contratualmente a preservação e conservação do bem público.

Para fins de garantia do cumprimento da Consolidação das Leis do Trabalho — CLT, tendo em vista que este será o regime de contratação de mão-de-obra da maioria dos empregados a serem admitidos na OS por meio de seleção pública simplificada, em caráter especial, serão garantidos e proporcionados à Organização Social os recursos para o provimento de encargos e benefícios trabalhistas.

9. DETALHAMENTO DO OBJETO

É objeto deste Projeto Básico e seus Anexos a contratação de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como OSS, para administrar, gerenciar, operacionalizar, organizar, implantar, manter e executar as ações de assistência e serviços de saúde prestados pelo

HCB, localizado em Brasília-DF, conforme especificações, quantitativos, regulamentação do gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde e demais obrigações a seguir:

9.1. Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito do SUS e conforme o Projeto Básico;

9.2. Aquisição, gestão e logística de suprimentos farmacêuticos e hospitalares em conformidade com o Decreto Distrital n.º 33.390, de 06 de dezembro de 2011, dispõe sobre as aquisições e contratações de serviços realizadas por organizações sociais com recursos públicos;

9.3. Gestão, guarda, conservação e manutenção do prédio, terreno e dos bens inventariados pelo Estado, incluindo os mobiliários e os equipamentos médico-hospitalares;

9.4. Contratação e gestão de profissionais de todas as áreas concernentes à operação da unidade hospitalar nos termos do Decreto Distrital nº 30.136, de 05 de março de 2009, que estabelece as normas gerais sobre a organização e gestão dos recursos humanos a serem observadas pelas Organizações Sociais assim qualificadas no âmbito do Distrito Federal, sendo vedada a cumulação de quaisquer outras funções por tais ocupantes, dentro de cada instituição;

9.5. Execução direta ou subcontratação e gestão, em qualquer caso, dos serviços acessórios necessários ao funcionamento das unidades ambulatoriais e hospitalares, tais como lavanderia, alimentação de usuários e funcionários, higienização, segurança privada, manejo e destinação de resíduos hospitalares, Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT);

9.6. Operacionalização do atendimento integral, multiprofissional e interdisciplinar dos usuários do Hospital da Criança de Brasília José Alencar - HCB, garantindo a integralidade do cuidado nos fluxos estabelecidos pela SES-DF, em atenção aos princípios do SUS;

9.7. Implementação e manutenção de dispositivos e ferramentas da Política Nacional de Humanização do SUS em todos os processos de atendimento ambulatorial e hospitalar;

9.8. Desenvolvimento conjunto, conforme normas, critérios e diretrizes da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF, de programas e ações de saúde para prevenção e controle de enfermidades vinculadas à saúde;

9.9. Atuação como polo de pesquisa científica, apoio, treinamento, formação e capacitação de profissionais de saúde de nível superior, cedidos ou contratados pela entidade, seja durante a graduação ou a pós-graduação (atendidos através de estágios, residência em saúde ou outras modalidades de educação complementar), de maneira articulada com a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS;

9.10. Promover, sempre que necessárias, capacitações referentes às atualizações dos protocolos orientados e monitorados pelo Ministério da Saúde;

9.11. Disponibilizar 100% dos procedimentos pactuados via Central de Regulação dos Distrito Federal - CRDF, de maneira vinculada aos protocolos definidos pela Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde - SAIS/SES-DF;

9.12. Submeter à prévia anuência da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde - SAIS/SES-DF e prévia autorização da Secretaria Adjunta de Assistência - SAA/SES-DF quaisquer alterações que acarretem impacto na oferta dos serviços prestados pelo HCB;

9.13. A entidade selecionada atuará, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF como entidade executora das Políticas Públicas de Saúde a que se submeta em seu campo de atuação, sendo o Ministério da Saúde e a SES/DF os órgãos responsáveis e competentes pela formulação, monitoramento e avaliação dessas políticas;

9.14. A participação da OSS nessa seleção implica a aceitação integral e irretratável dos termos, cláusulas, condições e anexos deste instrumento, que integrarão o Contrato de Gestão como se transcritos, bem como na observância dos regulamentos administrativos e das normas técnicas e legislações aplicáveis. Não serão aceitas, sob quaisquer hipóteses, alegações de seu desconhecimento em qualquer fase da convocação pública e da execução do Contrato de Gestão;

9.15. A entidade selecionada deverá gerenciar recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal e com quantitativo compatível com o perfil do HCB e os serviços a serem prestados, obedecendo a política nacional de saúde do SUS e legislação;

9.16. A equipe médica deve ser composta por profissionais das especialidades exigidas, em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços, de modo que a unidade realize a atividade assistencial quantificada no Contrato de Gestão;

9.17. O hospital deverá possuir Rotinas Administrativas de Funcionamento e de Atendimento escritas, atualizadas e assinadas pelo responsável pela área. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos e dialoguem com os processos assistenciais das demais unidades assistenciais da Rede SES-DF;

9.18. O hospital deve possuir um único prontuário para cada paciente, contendo as informações completas do quadro clínico, sua evolução, prescrição, pareceres e resultados de exames diagnósticos, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento;

9.19. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo de Prontuários. O Hospital da Criança de Brasília José Alencar deverá possuir, no mínimo, as Comissões exigidas pela legislação vigente que regula o funcionamento de Unidades Hospitalares conforme determinado pela Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP;

9.20. A Unidade deverá dispor de Serviço de Informática com sistema adequado para a gestão/administração hospitalar que permita a implantação do prontuário eletrônico acessível a rede de saúde do DF (via internet – web).

10. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

10.1. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA :

Com base no estudo sobre Modelos de unidades e serviços para organização da atenção ambulatorial especializada em Sistemas Regionais de Atenção à Saúde, realizado no Estado de São Paulo, com o apoio do Projeto Apoio ao Desenvolvimento de Sistemas Regionais de Atenção Integrada à Saúde – PROADI-SUS, a atenção especializada independe do lugar para executar suas ações, mas requere estrutura organizacional suficiente para executar um conjunto de ações de saúde de maior agregação tecnológica.

A Atenção Especializada em ambiente ambulatorial compreende um conjunto de ações e serviços de saúde que incorporam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade.

A Atenção Especializada refere-se às ações que extrapolam o escopo e/ou as competências idealizadas para atenção primária, podendo em grande parte ser executada em regime ambulatorial e, portanto, configurando a atenção ambulatorial especializada como complementar a atenção primária.

Nesse contexto, o atendimento prestado no HCB deve ofertar:

10.1.1. CONSULTAS MÉDICAS DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS

Entende-se por primeira consulta a visita inicial do paciente a um profissional de determinada especialidade, por uma determinada condição de saúde, no intervalo de um ano.

São consideradas consultas de primeiro acesso (configuração das agendas no Sistema Trakcare) os seguintes tipos:

- Primeira Consulta Externa (PCE): consiste em consultas de primeira vez (pacientes novos) encaminhadas a partir das solicitações procedentes das diversas unidades da rede assistencial da SES/DF e agendados exclusivamente por meio da Central de Regulação da SES/DF;
- Parecer Especializado (PE): destinado a pacientes internados ou atendidos em unidades da rede SES/DF, que apresentem condição de risco significativo que justifique a realização de avaliação especializada em caráter de urgência (em até 48 horas);
- Tratamento Fora de Domicílio (TFD): serviço destinado à pacientes de outros Estados da Federação, encaminhados pela Central de TFD da SES/DF;
- Consulta de Egresso (CE): voltado para pacientes de alta hospitalar das Unidades de Pediatria Especializadas da rede SES/DF, das Unidades de Cirurgia Pediátrica, de Neurocirurgia Pediátrica, das especialidades pediátricas de gastroenterologia, pneumologia, endocrinologia e genética e da Unidade de Genética Pediátrica do Hospital de Apoio de Brasília - HAB;
- Convocado Familiar (CF): trata-se de serviço para admissão de irmãos de portadores de algumas doenças genéticas que por necessidade médica precisam também ser acompanhados pelo médico que atende seu familiar.
- Admissão em Programa (AP): admissão de pacientes em Programas Especiais de Atenção da SES/DF de Triagem Neonatal; pacientes que apresentem quadros de reações adversas de vacinas; Coagulopatias Hereditárias; Programa Alerta Amarelo; Diabetes; Plano de Enfrentamento à Microcefalia associada ao vírus Zika.

As demais consultas para o mesmo paciente (retorno/acompanhamento) são consideradas consultas subsequentes, que podem ser dos seguintes tipos:

- Consulta de seguimento (CS): consultas subsequentes de acompanhamento, realizadas por médicos e profissionais da assistência complementar essencial;

- Parecer interno (PI): serviço interno ao HCB, em que determinada especialidade solicita suporte e/ou complementação diagnóstica/terapêutica a uma outra especialidade;
- Acompanhamento de Continuidade Terapêutica (ACT): atendimento médico no intuito de assegurar a continuidade do tratamento medicamentoso. Visa atender as demandas de pacientes em uso e medicações contínuas;
- Consulta de Seguimento Especial (CSE): serviço de seguimento diferenciado, no qual o paciente é transferido de um seguimento diferenciado dentro da mesma espacialidade por especialidade que seu caso requeira.

Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, caso haja, para efeitos de registro da produção, os mesmos devem ser considerados como consultas subsequentes.

10.1.2. **AS ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS OFERECIDAS PELO HCB ATUALMENTE SÃO:**

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO	PROGRAMAS RELACIONADOS	ATIVIDADES RELACIONADAS
Alergia	Atendimento de pacientes portadores de doenças alérgicas tais como asma (doença crônica mais prevalente no mundo), rinoconjuntivite, dermatite atópica, urticárias, reações adversas a drogas e alimentos, dermatites de contato, alergia a insetos e anafilaxia	PAPA (Programa de Atendimento ao Paciente Asmático do DF - SES)	Consultas, procedimentos diagnósticos realizados pela equipe médica: medida de pico de fluxo expiratório, testes cutâneos de leitura imediata (Prick teste), teste cutâneo de leitura tardia (Patch teste), teste de provocação alimentar e a drogas;
Anestesia	Serviço destinado a apoio em intervenções cirúrgicas e não cirúrgicas que necessitem de anestesia geral e sedação em seus diversos níveis	Clínica de dor Aguda e Crônica	Consultas; anestesia para: Cirurgia Pediátrica em geral, procedimentos endoscópicos, procedimentos onco-hematológicos, procedimentos no setor de imagenologia, procedimentos invasivos com utilização de US e avaliação de via aérea difícil através de broncofibroscopia
Cardiologia	Atendimento destinado ao diagnóstico e tratamento de portadores de cardiopatias congênitas, cardiopatias adquiridas/secundárias a outras doenças sistêmicas e as arritmias.	Ambulatório Especializado em Arritmias Pediátricas (atende portadores de bradiarritmia, taquiarritmias, síncopes, portadores de marcapasso e arritmias adquiridas), Atendimento ao Paciente Oncológico	Consultas, Laboratório de Provas Funcionais: holter, tilt test, ECG, teste de esforço, ecocardiografia
Cirurgia Pediátrica	Assistência aos pacientes pediátricos do período neonatal até adolescência, com transtornos à saúde com necessidade de tratamento cirúrgico, em situação de urgência e emergência, e em caráter eletivo, nos diversos níveis de complexidade. As áreas de atuação da Cirurgia Pediátrica são a Cirurgia Pediátrica Geral e Ambulatorial, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Torácica, Cirurgia Oncológica e Urologia Pediátrica		Consultas, pareceres especializados, estudos urodinâmicos, cirurgias ambulatoriais (hospital-dia).
Dermatologia	Atendimento destinado ao diagnóstico e tratamento de doenças dermatológicas em portadores de doenças terciárias das diversas especialidades, além de doenças dermatológicas de média e alta complexidade (L20-Dermatite atópica, L51-Eritema polimorfo, L52-Eritema Nodoso, C44- Neoplasia de pele, L70-Acne, L71-Rosácea , L81-Transtornos de Pigmentação, L83-Acantose Nigricans, L89-Ulcera dos MMII, 32-LES), dentre outros; doença do enxerto versus Hospedeiro de pele em pacientes transplantados de medula óssea; Hemangiomas; Histiocitoses.	Ambulatório especializado de Hemangiomas e malformações vasculares, acompanhamento conjunto de doenças terciárias com outras especialidades	Consultas, procedimentos diagnósticos realizados pela equipe médica: biópsias de pele, pequenos procedimentos cirúrgicos como excisão de Nevus, curetagem de molusco contagioso, entre outros, atendimento a pacientes de cuidados paliativos com epidermólise bolhosa
Endocrinologia	Ambulatório destinado ao diagnóstico e tratamento de portadores de endocrinopatias diversas tais como: diabetes mellitus e insipidus, distúrbios do crescimento, alterações da tireóide, atrasos ou avanços puberais, síndromes genéticas com endocrinopatias, obesos com comorbidades, dislipidemias, distúrbios da diferenciação sexual, hiperplasia adrenal, hipopituitarismo, alterações do metabolismo ósseo, acompanhamento de crianças procedentes da onco-hematologia ou em pós operatório de neurocirurgias, entre outras.	Programa de hormônio de crescimento da SES DF, programa de diabetes, programa de hipotireoidismo congênito (vinculado ao Programa de Triagem Neonatal da SES DF).	Consultas, triagem neonatal, grupo de obesidade, curvas
Gastroenterologia	Atendimento destinado ao diagnóstico e tratamento de portadores de doenças do trato digestório, relacionadas à gastroenterologia, hepatologia e nutrologia. Gastroenterologia: alterações da cavidade oral, doença do refluxo gastroesofágico, distúrbios da motilidade do esôfago e estômago, doença péptica gastroduodenal, manifestações gastrointestinais nas imunodeficiências, diarréia aguda, síndrome de má absorção, diarréia persistente e crônica, alergia alimentar, doenças eosinofílicas, intolerância aos carboidratos, doença celíaca, doença inflamatória intestinal, manifestações gastrointestinais do desnutrido, distúrbios funcionais do intestino, constipação intestinal, doença de hirschsprung, pseudo-obstrução intestinal crônica, pólipos e poliposes, parasitoses intestinais, neoplasias do trato digestório, abdome agudo, malformações do trato digestório, falência intestinal, doenças do pâncreas, fibrose cística, transtornos alimentares, hipodesenvolvimento, obesidade, estenose de esôfago e do piloro, entre outras; Hepatologia: hepatites virais, hepatite autoimune, doença hepática gordurosa não-alcoólica, colestase neonatal, atresia biliar, colestase intra-hepática, colangite esclerosante, doenças císticas hepáticas, doenças metabólicas hepáticas, distúrbios do metabolismo dos carboidratos (glicogenoses, galactosemia e frutosemia), distúrbios do metabolismo das proteínas, doenças mitocondriais, distúrbios congênitos da glicosilação, doença de Wilson, hemocromatose hepática, doenças de depósito, hipertensão porta e suas complicações, hemorragia digestiva alta varicosa, ascite e peritonite bacteriana espontânea, alterações hepáticas relacionadas à anemia falciforme, alterações hepáticas relacionadas à fibrose cística, parasitoses hepáticas e abscesso hepático, alterações hepáticas das doenças sistêmicas, hepatites por drogas, doenças da vesícula biliar, neoplasias hepáticas e acompanhamento pós-transplante hepático; Nutrologia - avaliação e orientação nutricional dos pacientes portadores das diversas doenças atendidas nos ambulatórios do Hospital da Criança de Brasília (das diferentes especialidades, não apenas dos pacientes avaliados pela Gastroenterologia).	Ambulatório de terapia nutricional e enteral domiciliar (com liberação de fórmulas de alto custo e especiais para uso em domicílio), ambulatório de fibrose cística (em conjunto com a equipe de pneumologia), programa de dilatações esofágicas e tratamento endoscópico das varizes esofagogástricas, programa do "Alerta Amarelo" (campanha nacional): para diagnóstico e tratamento precoce das doenças que cursam com colestase neonatal (ambulatório de "porta aberta"), acompanhamento após o transplante hepático, realizado em São Paulo, pela equipe da Dra. Gilda Porta (pelo trabalho em conjunto (Brasília – SP), os pacientes retornam com 30 a 60 dias após o transplante e mantém acompanhamento de Brasília.	Consultas médicas: ambulatórios de triagem, gastroenterologia geral e ambulatórios direcionados para doenças específicas (doenças do esôfago, doenças pépticas, constipação intestinal, fibrose cística, doença celíaca, doenças do pâncreas, síndromes aspirativas-decorrentes de patologias esofágicas, doença inflamatória intestinal, obesidade e doenças hepáticas), endoscopia digestiva alta diagnóstica, endoscopia digestiva alta terapêutica (dilatações, escleroterapia, ligadura, polipectomia, retirada de corpos estranhos, entre outros), colonoscopia diagnóstica, colonoscopia terapêutica, pHmetria esofágica, manometria esofágica e anorretal, ultrassonografia de abdome, biópsia hepática, atendimento na Internação do HBDF - visita leito, avaliação, prescrição e evolução.
Infectologia	Atende os pacientes em seguimento nas demais especialidades do HCB	Pacientes imunossuprimidos egressos das internações por neutropenia febril	Consultas, visita semanal aos pacientes da enfermaria oncológica
Nefrologia	Atende os pacientes com distúrbios de: Grupo 1) envolve casos de Infecções urinárias, Bacteriúria assintomática, Refluxo Vesico – Ureteral, Nefropatia do Refluxo e as várias Uropatias congênitas (Hidronefrose, VACTER, Rim Multicístico, Rim único, Má rotação ou ectopia renal, VUP, Rins em ferradura, Estenose de JUO, Megaureter; Grupo 2) envolve casos de glomerulopatia aguda ou crônica, que se caracterizam por Síndrome Nefrítica ou Nefrótica, edema a esclarecer, proteinúria secundária a doenças sistêmicas e Púrpura de Henoch Schölein; Grupo 3) envolve casos de Hematúria, Litíase, Nefrocalcinose, Hiperecogenicidade renal, Tubulopatias, Distúrbios metabólicos, hidroeletrolítico e ácido básico; Grupo 4) envolve casos de Distúrbio Miccional, Enurese, Incontinência Urinária, Bexiga Neurogênica, Hipertensão arterial, Cistos renais e Doença Renal Policística; Grupo 5) envolve os casos de Insuficiência Renal Crônica de grau I a V (inclusive pacientes que fazem diálise domiciliar), Pós-Insuficiência Renal aguda ou Síndrome Hemolítica Urêmica; Grupo 6) acompanhamento de pacientes de pré e pós transplante renal.	Programa de Terapia Renal Substitutiva, Programa de Transplante Renal	Consultas, pareceres solicitados pela rede, acompanhamento de terapia dialítica, acompanhamento de pré e pós transplante renal, evolução dos pacientes internados no 7º andar do Hospital de Base, durante os episódios agudos.
Neurocirurgia	Destinado ao diagnóstico e tratamento de portadores de doenças neurológicas, tais como: hidrocefalia, neoplasias do sistema nervoso, trauma de crânio, deformidades, cistos, espasticidade, entre outros.	-	Consultas, punção Lombar, cirurgias, atendimento na Internação do HBDF - visita leito, avaliação, prescrição e evolução, pareceres para as crianças internadas na rede
Neurologia	Destinado ao diagnóstico e tratamento de portadores de doenças neurológicas, tais como: epilepsia, cefaléia, síndromes genéticas, malformações cerebrais, doenças neuromusculares, dificuldade no aprendizado, entre outros	Programa de diagnóstico precoce de neuropatia diabética por estudo de condução – ENMG, programa de prevenção de AVC com Doppler Transcraniano em pacientes falciformes, atendimento multidisciplinar para portadores de distúrbios neurocomportamentais	Consultas, laboratório de Provas funcionais: eletroneuromiografia, doppler transcraniano, potenciais evocados e eletroencefalograma,atendimento na Internação do HBDF - visita leito, avaliação, prescrição e evolução, pareceres para pacientes procedentes da rede com complicações neurológicas.
Onco- Hematologia	A especialidade de Oncologia atua no diagnóstico, estadiamento, terapia quimioterápica, terapia radioterápica e tratamento de suporte (complicações e toxicidades do tratamento quimioterápico) para portadores das patologias: Leucemias Agudas; Leucemia Linfóide Aguda e Leucemia Mielóide Aguda (compreendendo diagnóstico morfológico, imunológico, citogenético e molecular); Leucemia Mielóide Crônica; Síndromes Mielodisplásicas e Mieloproliferativas; Linfomas não Hodgkin; Linfomas Hodgkin; Neuroblastoma; Nefroblastoma; Tumores germinativos; Rabdomiosarcomas e outros sarcomas não rabdo; Tumores da família Ewing; Tumores hepáticos; Tumores ósseos; Tumores malignos menos freqüentes na infância; Tumores de sistema nervoso central; Histiocitoses Langerhans e não Langerhans. A especialidade de Hematologia atua no diagnóstico, terapia e acompanhamentos de portadores de doenças hematológicas, tais como: Anemias (constitucionais e adquiridas); síndromes de Falência de medula óssea; aplasia de medula óssea (constitucional e adquirida); aplasia congênita de série vermelha (Anemia de Blackfan-Diamond); anemia hemolítica auto-imune; deficiência de G6PD; esferocitose hereditária e outras não esferocíticas; síndrome hemolítico-urêmica; Hemoglobinopatias; Neutropenias e alterações qualitativas de neutrófilos; desordens plaquetárias trombocitopenias Trombocitose e Desordens da Coagulação.	Projeto CUIDADOS PALIATIVOS (acompanhamento multidisciplinar dos pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura, para controle de dor, nutrição, apoio psicológico e psiquiátrico), projeto SEGUIR (Acompanhamento de paciente pós término de quimioterapia, com a seguinte periodicidade: mensal nos primeiros 6 meses de término de QT; bimensal nos segundos 6 meses; trimestral no segundo ano; semestral no terceiro ano e anual nos anos seguintes. Com acompanhamento mínimo de 5 anos), projeto ACOLHIMENTO (fechado o diagnóstico de câncer, agendamos uma consulta multidisciplinar - constituída por médico, psicóloga, nutricionista e odontólogo - para acolher o paciente e sua família, entender suas necessidades e, a seguir, agendar acompanhamento individual), GRUPOS INFORMATIVOS (mensalmente as famílias dos portadores de doenças onco hematológicas são agendadas para orientações em temas como: infecções no paciente imunosuprimido, efeitos adversos da quimioterapia, comportamento na escola, saúde bucal, entre outros), ambulatório de TMO (semanalmente acompanhamos e controlamos no ambulatório os canditados a transplante de medula óssea, ocasião na qual providenciamos a documentação necessária, procedemos a coleta de exames de histocompatibilidade - HLA) , registramos os candidatos a receptores de medula óssea no programa REREME, contactamos os serviços de transplante e executores e, acompanhamos os pacientes transplantados, ambulatório de Doença Falciforme e Talassemias, programa de transfusões regulares (seguimento mensal), Programa de Admissão Multiprofissional dos Casos Novos advindos da Triagem Neonatal (semanal), ambulatorio da "Criança que Sangra" (destinado ao diagnóstico de crianças suspeitas de coagulopatias - apoio pediátrico e multidisciplinar ao Programa de Coagulopatias Hereditárias da SES DF).	Consultas, atendimento enfermaria (internados) - visita leito, avaliação, prescrição e evolução, atendimento Unidade de Terapia Endovenosa - avaliação e prescrição de QT, atendimento na Internação do HBDF - visita leito, avaliação, prescrição e evolução, procedimentos armados - coleta de mielograma e coleta de líquor para quimioterapia intratecal, laboratório - confecção de laudos de medula óssea, revisão de lâminas periféricas advindas de todas as regionais, imunofenotipagem e biologia molecular das principais trasnlocações diagnósticas e prognósticas das leucemias agudas, grupos de estudo e protocolos multiinstitucionais ligados à Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica-SOBOPE.
Ortopedia	Destinado ao diagnóstico e tratamento de tumores do sistema musculoesquelético, benignos e malignos		Consultas, biópsias e cirurgias ambulatoriais realizadas no HCB, cirurgias de grande porte realizadas no Hospital de Base, avaliação de pareceres no HCB e Hospital de Base, acompanhamento em conjunto com a Fisioterapia da reabilitação de pacientes operados, procedimentos diagnósticos realizados pela equipe médica: biopsias ósseas, articulares e musculares
Pneumologia	Destinado ao diagnóstico e tratamento dos portadores de patologias como: fibrose cística, asma lactente sibilante, displasia broncopulmonar, bronquiolite obliterante, pneumonias de repetição, tosse crônica em investigação, malformações pulmonares,	Centro de Referência em Fibrose Cística	Consultas, reuniões científicas e acompanhamento de Residência Médica, pesquisa clínica, laboratório de Provas Funcionais: teste do suor, espirometria, teste de caminhada, teste de broncoprovocação, teste de

	síndromes aspirativas, entre outras		caminhada, teste de broncoprovocação, teste de sacarina, oximetria basal de exercício, titulação de oxigenação, broncoscopia
Psiquiatria	Destinado ao atendimento de pacientes das especialidades pediátricas que apresentem como comorbidade o transtorno mental	Programa de cuidados paliativos, programa de apoio diagnóstico à equipe de neuropediatria	Consultas, pareceres solicitados pela enfermaria do serviço de oncologia e hematologia, participação na equipe multidisciplinar de cuidados paliativos
Reumatologia	Ambulatório destinado ao atendimento e acompanhamento de crianças portadoras de doenças reumatológicas, tais como: febre reumática, artrite idiopática juvenil, espondilte anquilosante, vasculites primárias e secundárias, lúpus eritematoso sistêmico, dermatomiositose, esclerodermia, doenças auto inflamatórias, artrites reativas, manifestações de doenças neoplásicas, manisfestações articulares, artrites e artralgias.		Consultas, reuniões científicas, atendimento na Internação do HBDF - visita leito, avaliação, prescrição e evolução, punção articular, prescrição e Acompanhamento de Pulsoterapia

10.1.3. **CONSULTAS E PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR ESSENCIAL**

Compreende a realização de consultas, seja para avaliação inicial ou para acompanhamento, procedimentos e terapias realizadas por profissionais não médicos das diversas áreas da saúde, a saber:

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO
Fisioterapia	Estimula, de forma neuropsicomotora, as crianças com alterações motoras e respiratórias por diferentes patologias, reumatológicas, oncológicas, pneumológicas, cardiológicas, nefrológicas e neurológicas, dentre outras.
Fonoaudiologia	Realiza atendimento às crianças com quadro de disfagia neurogênica ou orgânica, distúrbio de linguagem e distúrbio articulatório.
Nutrição e Dietética	Realiza consultas e orientações aos pacientes e coordena a área de produção de dietas.
Odontologia	Realiza tratamento e acompanhamento profilático e terapêutico, nas diferentes patologias: reumatológicas, oncológicas, pneumológicas, cardiológicas, nefrológicas, neurológicas, dentre outras, com atenção especial aos pacientes submetidos a quimioterapia e radioterapia.
Terapia Ocupacional	Orienta os pacientes quanto às atividades de vida diária e atividades de vida prática, nas diferentes patologias: distúrbios neurológicos, atraso do desenvolvimento motor, dificuldade de aprendizagem, pacientes reumatológicos com distúrbios motores, dispraxia e dessensibilização.
Enfermagem	Responsável pela assistência de cuidados de enfermagem à criança, adolescente e família, com ênfase na abordagem multidimensional, valorizando a integralidade e interdisciplinaridade e atuação em ensino e pesquisa.
Medicina Transfusional	Responsável pela estocagem das bolsas de sangue advindas do Hemocentro de Brasília para atender a transfusões programadas, efetua o processamento de testes de compatibilidade das bolsas de sangue e do sangue do paciente e coleta de sangue apenas para testes de compatibilidade e sorologias
Musicoterapia	Realiza atendimento aos pacientes e seus familiares, utilizando a música num processo destinado a facilitar e promover a mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de assistir as necessidades físicas, psíquicas, sociais e cognitivas para que o indivíduo alcance uma melhor integração intra e interpessoal.
Pedagogia	Cria e participa, junto à equipe de psicologia, de atividades lúdico-educativas.
Psicologia	Realiza apoio psicológico oferecido ao paciente e familiares durante a fase de diagnóstico e tratamento das diversas especialidades ambulatoriais e internação.
Psicopedagogia	Realiza atendimento às crianças com transtorno de aprendizagem, atuando no diagnóstico e tratamento clínico.
Serviço Social	Oferece atendimento individual do paciente, da família ou responsável, dando suporte e apoio a partir de avaliação social.
Farmácia	Subdivide-se em: • Farmácia Hospitalar - responsável pelo armazenamento e distribuição de medicamentos utilizados no Hospital: na Unidade de Procedimentos sob sedação, nas endoscopias, nas diálises, nos laboratórios de provas funcionais, nos postos de enfermagem, no atendimento nos Box de Emergência, etc.; também são armazenados e distribuídos pela farmácia os materiais médicos e de enfermagem descartáveis, materiais de laboratório e odontológicos; • Farmácia Ambulatorial – responsável pelo armazenamento e dispensação de medicamentos de uso domiciliar nos diversos níveis de complexidade, conforme prescrição médica; • Laboratório de Manipulação de Medicamentos Antineoplásicos – analisa as prescrições médicas e prepara os medicamentos para uso endovenoso no Ambulatório-dia; • Laboratório de Manipulação de Medicamentos Homeopáticos – manipulação e dispensação de medicamentos homeopáticos conforme prescrição médica; • Consultório Farmacêutico – onde o farmacêutico realiza orientações sobre a utilização dos medicamentos, reações adversas, verificação do perfil farmacoterapêutico dos usuários, para a correta terapêutica; • Central de Abastecimento Farmacêutico – local de programação, recebimento, armazenamento e expedição de medicamentos e materiais médicos, de enfermagem, laboratoriais e odontológicos.

10.1.4. **VISITAS DOMICILIARES**

O HCB, por intermédio de equipe multidisciplinar, realiza visitas domiciliares a pacientes da OncoHematologia fora de possibilidade terapêutica (cuidados paliativos), em conformidade com o plano terapêutico dos pacientes, podendo ser composta por representantes da nutrição, psicologia, enfermagem e fisioterapia do HCB, além de assistente social.

Além dessas visitas, quando necessário, são também realizadas visitas a pacientes da diálise peritoneal e da fibrose cística, por meio de equipe que pode ser composta por representante da enfermagem e assistente social.

10.1.5. **DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL**

O serviço de hemoterapia do Hospital da Criança de Brasília - HCB funcionará em plena consonância com as normas sanitárias e com a legislação hemoterápica vigente. A planta baixa da unidade e o fluxo de atividades devem ser aprovados pela Vigilância Sanitária do Distrito Federal em consonância com a Lei nº 10.205 de 21 de março de 2001 Resolução da ANVISA - RDC nº 34, de 11 de junho de 2014 e Portaria de Consolidação GM/MS Nº 5, de 28 de setembro de 2017, Título I, Capítulo II, Anexo IV.

A responsabilidade técnica pelo serviço de hemoterapia deve estar a cargo de um médico especialista em hemoterapia e/ou hematologia, com registro do Responsável Técnico junto à Vigilância Sanitária do DF.

Os hemocomponentes utilizados pelo HCB para fins de transfusão serão fornecidos pela Fundação Hemocentro de Brasília-FHB, conforme rotinas e protocolos definidos pela FHB.

Os exames imunohematológicos complementares, como fenotipagem e identificação de anticorpos para pacientes assistidos no HCB serão realizados na FHB, conforme protocolos vigentes.

A FHB, órgão coordenador da hemoterapia na SES/DF, orientará o HCB quanto aos processos hemoterápicos, no que lhe compete, de acordo com a versão vigente do Manual das Unidades Assistidas, da Fundação Hemocentro de Brasília.

O HCB fica condicionado a cumprir as determinações do Manual das Unidades Assistidas, dos Procedimentos Operacionais Padrão, dos protocolos e normativos estabelecidos pela Fundação Hemocentro de Brasília quanto aos procedimentos de solicitação, transporte, armazenamento e gerenciamento do estoque de hemocomponentes, transfusão, descarte de hemocomponentes e hemovigilância.

O HCB deverá adotar, para fins de registro de todas as informações relacionadas ao ato transfusional, o sistema informatizado padronizado pela FHB – SistHemo, devendo providenciar todos os equipamentos de informática necessários ao funcionamento do sistema. O treinamento para utilização da ferramenta informatizada será realizado pela FHB, em dias e horários acordados previamente entre as partes.

O HCB deverá adotar e manter um sistema de gestão da qualidade que contemple a padronização de todos os processos e procedimentos relacionados à terapia transfusional e à hemovigilância, o tratamento de não conformidades, a adoção de medidas corretivas e preventivas, a qualificação de insumos e a validação dos processos e a realização de auditorias internas da qualidade, conforme estabelecido na legislação correlata vigente.

Naquilo que compete, o HCB fica condicionado a cumprir as exigências do Sistema de Garantia da Qualidade da FHB.

O HCB é responsável pelo atendimento das transfusões de hemocomponentes realizadas no Hospital de Apoio de Brasília - HAB, cabendo-lhe:

a) Receber as requisições de transfusão, preenchidas por médico do HAB, em formulário padronizado pela FHB e atendidos os requisitos da legislação vigente;

b) Receber as amostras de sangue de pacientes do HAB, devidamente identificadas e atendidos os requisitos pré-analíticos, para realização dos exames imunohematológicos pré-transfusionais;

c) Realizar os exames imunohematológicos pré-transfusionais, incluindo a prova de compatibilidade;

d) Selecionar o(s) hemocomponente(s) indicado(s) para a transfusão solicitada;

e) Liberar o(s) hemocomponente(s), em condições ideais de armazenamento e transporte, para servidor designado do HAB;

f) Registrar, no sistema informatizado da FHB – SistHemo, todas as informações relacionadas às amostras coletadas, testes pré-transfusionais, dados do receptor, da transfusão e da hemovigilância.

A realização das transfusões e a retroalimentação, ao HCB, das informações sobre o transcurso do procedimento transfusional e sobre a hemovigilância são de responsabilidade do HAB, conforme legislação e normativos vigentes.

O HAB designará médico, de seu quadro próprio, especialista em hematologia e hemoterapia, para a responsabilidade técnica do serviço de hemoterapia do HAB, que deverá articular-se com o responsável técnico do HCB para alinhamento de fluxos de trabalho e operacionalização dos procedimentos.

O HCB deve formalizar e manter atuante Comitê Transfusional, do qual devem participar um representante da FHB e o Responsável Técnico do HAB como membro titular e um membro suplente do HAB, além dos profissionais designados pelo HCB.

O HCB deverá elaborar Plano de Trabalho, em comum acordo com o HAB e a FHB, para operacionalização e atendimento das obrigações previstas neste instrumento no que tange à assistência hemoterápica.

10.2. **ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

10.2.1. **INTERNAÇÃO**

Entende-se por internação os serviços prestados a pacientes em regime de Internação Hospitalar, ou seja, o conjunto de ações dirigidas a pacientes que requeiram uma permanência superior a 24 horas.

10.2.1.1. **Leito de Internação** é a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço, no sentido de atender a ambiência hospitalar necessária para a execução do processo assistencial, qualificado e humanizado.

Os Leitos de Internação Hospitalar Pediátricos no HCB estão distribuídos conforme o seguinte:

a) Leito Pediátrico Clínico

b) Leito Pediátrico Cirúrgico

c) Leitos de Onco-hematologia Pediátrica, inclusive leitos de transplante de medula óssea e de cuidados paliativos.

10.2.1.2. **Leitos Complementares de Internação** são leitos de internação destinados a pacientes que necessitam de assistência especializada exigindo características especiais. No HCB são leitos complementares de internação:

a) Leito de Cuidados Intensivos (UTI); e

b) Leito Hospital Dia: É um leito hospitalar destinado ao atendimento do paciente adulto ou pediátrico na unidade, por um período até 12 horas, para a realização de tratamento clínico, cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico.

Observação: O leito de hospital dia de acordo com a legislação vigente é considerado como leito de internação mas para fins do cálculo da taxa de ocupação hospitalar, esses leitos não são incluídos.

10.2.1.3. **Leito Hospitalar de Observação** é o leito destinado a paciente sob supervisão multiprofissional para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas, não sendo considerado como leito hospitalar de internação. Os leitos de observação no HCB são classificados como:

a) Leitos de Recuperação Pós-Anestésica (RPA);

b) Leitos de Apoio para Procedimentos Diagnósticos e/ou Terapêuticos.

No HCB, os leitos Clínicos Pediátricos destinam-se ao atendimento de pacientes pediátricos que necessitem de cuidados em ambiente de internação em especialidades pediátricas tais como endocrinologia, neurologia, gastroenterologia, reumatologia, alergia-imunologia, cardiologia, pneumologia, nefrologia, psiquiatria.

Os leitos de **onco-hematologia** pediátrica incluem o atendimento a pacientes em tratamento oncológico, de transplante de medula óssea e ainda os de cuidados paliativos.

10.2.2. **CIRURGIAS**

A cirurgia é o ramo da medicina que se dedica a curar as doenças por meio de operações. No contexto do HCB, entende-se por cirurgias a realização de procedimentos cirúrgicos em regime de internação, em diversas áreas da Cirurgia Pediátrica Especializada, conforme a capacidade instalada do HCB.

Como exemplo de procedimentos cirúrgicos que requerem internação pediátrica : colecistectomia, esplenectomia, abordagem cirúrgica de tórax (pleurectomia, lobectomia, correção de eventração diagragmática, entre outros), correção de malformações congênitas como cisto tireoglosso, cisto branquial, fístula traqueoesofágica, atresia de esôfago, megacólon congênito, gastrosquise, onfalocele, hérnia diagragmática, atresia de duodeno, atresia intestinal, ânus imperfurado, defeitos do trato urogenital, fissuras labiopalatais, tumores congênitos (teratoma), entre outros; cirurgia oncológica em tumores de localização e origem diversas como neuroblastoma, glioblastoma, hipernefroma, tumor de Wilms, osteossarcomas, miossarcomas, entre outros; defeitos ortopédicos congênitos que necessitem correção cirúrgica, como luxação congênita do quadril, luxação congênita do joelho, pé torto congênito; transplantes de órgãos, tais como como transplante de medula óssea, transplante renal, transplante hepático; cirurgias cardíacas de baixa e média complexidade, como correção de comunicação interatrial, comunicação interventricular, persistência do canal arterial, entre outros.

Incluem-se nesse grupo os procedimentos cirúrgicos de urgência, que serão encaminhados de forma referenciada pelos serviços de pediatria dos demais hospitais da SES, como no caso cirurgias emergenciais como apendicectomia, volvulo intestinal, intussuscepção, abcessos abdominais ou torácicos, torção testicular, acesso venoso central, drenagem de tórax, entre outros.

Atendimento odontológico em crianças no perfil de pessoa com deficiência (PCD), estabelecido pelo protocolo de regulação do nível terciário na odontologia da SES/DF, na faixa etária de até 15 anos incompletos que necessitem de tratamento em Centro Cirúrgico.

10.2.3. **SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT**

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico é uma modalidade de prestação de serviços que auxilia o diagnóstico clínico ou realiza procedimentos terapêuticos através de exames complementares, sejam exames laboratoriais como exames de imagem. Tais exames são demandados por profissionais da saúde da Atenção Primária À Saúde, da da Atenção Secundária Especializada, bem como pela Atenção Terciária Ambulatorial ou Hospitalar.

De acordo com o perfil do HCB, entende-se por SADT a oferta de exames de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes ou outros encaminhados para a Unidade.

Como exemplo de procedimentos desse grupo tem-se: Punção torácica diagnóstica, Paracentese diagnóstica, tomografia computadorizada com e sem contraste, ecografia abdominal, ecografia cerebral, ecocardiograma, dopplerfluxometria vascular, cintilografia (renal, tireóide, entre outras), ressonância magnética nuclear, exames de análises clínicas laboratoriais (hematologia, bioquímica, hormônios, microbiologia, imunologia, dosagens sanguíneas de fármacos), biópsias, citologia, imunohistoquímica, eletroencefalografia, PHmetria.

10.3. **Projetos Especiais e Novas Especialidades de Atendimento**

Se ao longo da vigência do contrato de gestão, de comum acordo entre as partes, o HCB se propuser a realizar outros tipos de atividades assistenciais diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas ou terapêuticas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de doença, estas atividades poderão deverão ser previamente autorizadas pela SES-DF após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro do Hospital e sua programação econômico-financeira será discriminada e homologada por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

11. DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS

O HCB é Unidade Pública de Referência integrante da rede de atenção à saúde do Distrito Federal, nos termos deste Projeto Básico e do artigo 325 do Decreto n.º 34.213, de 14 de março de 2013.

O público de referência do HCB são crianças e adolescentes de 29 dias a 18 anos, 11 meses e 29 dias, portadores de doenças que demandem atenção de média e alta complexidade encaminhados pela rede de saúde distrital.

Para permitir a atenção integral do público de referência o Hospital poderá atender pessoas de faixa diversa da disposta acima, nos seguintes casos:

- Pacientes oncológicos em acompanhamento no HCB: até 23 anos, 11 meses e 29 dias, para dar continuidade à assistência, em conformidade com as normas ministeriais;
- Familiares de pacientes do HCB: em qualquer faixa etária, na assistência complementar essencial ao tratamento do público de referência, prestada pelo serviço social, psicologia e musicoterapia;
- Potenciais doadores de órgãos e tecidos: em qualquer faixa etária, para atenção ao público de referência em condição pré-transplante;
- Neonatos: no atendimento ambulatorial do Programa de Triagem Neonatal, conforme Deliberação n.º 34, do Colegiado de Gestão da SES-DF, de 14 de novembro de 2012 (DODF 26.11.2012) e respectivos genitores na investigação de doenças falciforme e genéticas; no atendimento de imunodeficiências pela especialidade de alergia/imunologia; cardiopatias congênitas pela especialidade de cardiologia; hipotireoidismo congênito, hipertircoidismo neonatal, hiperplasia adrenal congênita, hipoglicemias, distúrbios eletrolíticos (hipocalcemia, hipomagnesemia, hiporosratemia), distúrbio de diferenciação sexual, osteogênese imperfeita e síndromes genéticas pela especialidade de endocrinologia; malformações congênitas e icterícia (campanha do alerta amarelo: diagnóstico precoce da colestase neonatal) pela especialidade de gastroenterologia/hepatologia: erros inatos do metabolismo pela especialidade de genética clínica: portadores de necessidade de terapia dialítica; malformações do sistema nervoso (exemplo: mielomeningocele) pela especialidade de neurologia/neurocirurgia; fibrose cística, malformações pulmonares, atresia de esôfago, laringotraqueomalácia, estridores em geral pela especialidade de

pneumologia e mal formações congênitas por especialidades cirúrgicas pediátricas;

- Pacientes acima dos 18 anos: portadores de RCCP ainda em crescimento (maturador tardio): com distúrbios endócrinos (síndrome de down, neuropatas): com outros distúrbios endócrinos ainda em crescimento: em uso de somatropina/hormônio de crescimento transplantados (hepático) e portadores de hepatopatias crônicas já em acompanhamento, até os 24.

O HCB poderá, excepcionalmente, dar suporte técnico assistencial às demais Unidades da rede DF, na assistência neonatal.

O HCB atua na perspectiva da assistência integral de qualidade, na condição de Unidade de referência pediátrica da rede do SUS-DF, para atendimento ambulatorial e hospitalar de média e, alta complexidade em caráter eletivo.

O art. 7º, II da Lei n.º 8.080/1990 define a integralidade da atenção como o conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos individuais e coletivos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. No âmbito dos serviços prestados no HCB, a assistência integral é entendida como aquelas medidas de média e alta complexidade, com qualidade e no momento oportuno, relacionadas ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes assistidos pela Unidade, respeitados os seguintes limites:

- A assistência complementar essencial é parte da assistência integral e de qualidade e consiste nas ações de suporte à assistência médica, necessárias para consecução dos objetivos e metas previstas no presente Contrato de Gestão;
- O Ensino e a Pesquisa são entendidos como componentes fundamentais para qualificar a atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de novos conhecimentos e a formação de profissionais que no futuro possam garantir a continuidade da qualidade da atenção prestada;
- A capacidade diagnóstica do HCB será estruturada para atender às necessidades da assistência podendo ser própria ou, em caráter complementar, contratada de terceiros;
- A gestão do HCB é realizada por meio de parceria entre a SES/DF e o a Organização Social Contratada, materializada pelas disposições do presente Projeto Básico e do respectivo Contrato de Gestão;
- Por parceria entende-se a união de esforços para alcance do objeto e dos objetivos estratégicos comuns previstos no presente instrumento;
- O acompanhamento da parceria se dará por intermédio da Comissão de Acompanhamento dos Contratos de Gestão e Resultado da SES-DF.

Os sistemas informatizados de interesse da SES com o suporte e ativos de rede que compõem a TI da SES-DF, assim como a Tecnologia do Cartão Saúde do Cidadão, serão fornecidos pela SES-DF.

Caso opte por utilizar aplicativos informatizados distintos dos padronizados pela SES-DF, a OSS deverá promover a adequação das suas bases de dados e relatórios ao formato acessível à SES-DF, conforme critérios por ela estabelecidos.

Todos os impressos utilizados pelo OSS devem trazer os logotipos oficiais do SUS e da SES-DF.

Os equipamentos de comunicação (telefonia) deverão ser adquiridos e instalados pela OSS.

A manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de comunicação será operacionalizada e custeada pela OSS, garantindo a corresponsabilidade na conservação do bem público.

A OSS será responsável, em conjunto com a SES, pela atualização do cadastramento do Hospital da Criança de Brasília José Alencar no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, bem como em manter a documentação adequada às exigências do sistema MS/DATASUS.

O Serviço de Admissão do HCB solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado de Saúde do DF.

A OSS deverá obedecer a todos os Atos Normativos do Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela SES/DF sobre a execução dos serviços a serem pactuados, a OSS reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS - Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei n.º.8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à OSS Contratada.

12. DO PLANO DE TRABALHO

12.1. DEFINIÇÃO

No contexto do Contrato de Gestão, por tratar-se de instrumento de formalização de um acordo pautado em interesses convergentes, a elaboração do Plano de Trabalho de forma acertada e precisa é a maior garantia da manutenção da regularidade da execução do Contrato.

Em sua concepção original, o Plano de Trabalho representa o resultado da pactuação entre o órgão que pretende publicizar determinado serviço e/ou atividade e a entidade com a qual se celebrará o Contrato de Gestão.

12.2. REQUISITOS

O Plano de Trabalho, devidamente aprovado pelo Conselho de Administração da entidade, deverá ser elaborado tendo como base as condições estabelecidas neste Edital e seus Anexos, bem como no respectivo Projeto Básico, visando o cumprimento das metas de produção e qualidade definidas no ANEXO II e observados os seguintes requisitos:

12.2.1. HABILITAÇÃO JURÍDICA:

Para fins de comprovação da habilitação jurídica da OSS, deverá constar do Plano de Trabalho:

I - Ato Constitutivo ou Estatuto em vigor registrado em Cartório, acompanhado de ata de comprovação da eleição da Diretoria e do Conselho de Administração, ambos com mandato vigente, registrados em Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas. Na hipótese de existir alteração no documento, posteriormente à constituição da OSS, os referidos documentos deverão ser apresentados de forma consolidada, contendo todas as cláusulas em vigor, a fim de comprovar que o objeto social e as normas estatutárias permanecem pertinentes ao objeto do Contrato de Gestão;

II - Cédula de Identidade e comprovante de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) da Secretaria da Receita Federal do Brasil do representante legal da Organização Social (OSS);

III - Regimento Interno da OSS dispondo, no mínimo, sobre a estrutura, o gerenciamento, os cargos e as competências, bem como sua aprovação pelo Conselho de Administração;

IV - Ato de Qualificação da entidade como Organização Social em Saúde, no âmbito do Distrito Federal, nos termos do Decreto Distrital n.º 29.870/2008.

12.2.2. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA

Para fins de comprovação da habilitação fiscal e trabalhista da OSS, deverá constar do Plano de Trabalho:

I - Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), pertinente à sua finalidade e compatível com o objeto deste Edital;

II - Comprovante de regularidade com as Fazendas Federal, Distrital, Estadual e Municipal, conforme o caso, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- Comprovante de regularidade com a Fazenda Federal será efetuada por meio da Certidão Conjunta Negativa de Débitos Relativos a Créditos Tributos Federais e Dívida Ativa da União ou Certidão Conjunta Positiva com efeito negativo, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional (PGFN), da sede da Organização Social (OS);
- 3.3.2.1.2. Comprovante de regularidade com a Fazenda Estadual do domicílio da Organização Social (OS) será feita por meio da apresentação da Certidão da Dívida Ativa estadual ou, se for o caso, Certidão comprobatória de que a Organização Social (OS), pelo respectivo objeto, está isenta de inscrição estadual;

III - Comprovante de Regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (CRF-FGTS);

IV - Comprovante do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), se houver;

V - Comprovante de Isenção do INSS (artigo 308 da Instrução Normativa INSS/DC N.º 100 de 18.12.2003), caso a Organização Social (OS) seja isenta;

VI - Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) ou Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas com efeito negativo.

12.2.3. **QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA**

Para fins de comprovação da habilitação econômico-financeira da OSS, deverá constar do Plano de Trabalho:

I - Certidões negativas de falência e concordata, expedidas pelo Distribuidor da sede da OSS, emitida no máximo 60 (sessenta) dias antes da data de realização da seleção;

II - Balanço Patrimonial e Demonstrativo de Resultados do Último Exercício, assinado por Contador ou por outro profissional equivalente, devidamente registrado no Conselho Regional de Contabilidade (CRC), vedada a substituição por Balancetes ou Balanços provisórios, assim apresentados:

- A Demonstração Contábil compreende a Demonstração do Resultado do Exercício, contendo conter cópias autenticadas das páginas do Termo de Abertura, Encerramento e Registro no órgão competente, extraídas do Livro Diário, com indicação do seu número, do número de registro no órgão competente e a numeração das folhas onde se encontram os lançamentos que comprovem a sua boa situação financeira.

III - A boa situação financeira, será avaliada pelos Índices de Solvência Geral (SG), de Liquidez Geral (LG) e Liquidez Corrente (LC), que deverão ser iguais ou superiores a 1 (um).

LG = Ativo Circulante + Realizável a Longo Prazo

SG = Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo Ativo Total

LC = Passivo Circulante + Exigível a Longo Prazo Ativo Circulante

Passivo Circulante

12.2.4. **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA**

Para fins de comprovação da qualificação técnica da OSS, deverá constar do Plano de Trabalho:

I - Indicação de profissional técnico habilitado com registro ou inscrição perante ao Conselho Regional de Medicina (CRM), responsável técnico da instituição, com vínculo profissional perante a OSS.

II - Comprovação de capacidade técnica da OSS para desempenho de atividade pertinente e compatível com o objeto deste Edital, por meio de certidão (ões) ou atestado (s), fornecido por pessoa jurídica de direito público ou privado.

- A comprovação de capacidade técnica limitar-se-á à demonstração da experiência gerencial da organização social na área relativa ao serviço a ser transferido, bem como da capacidade técnica de seu corpo funcional.
- A certidão (ões) ou atestado (s) que comprovem a capacidade técnica da Organização Social (OS) deverá indicar o local, a natureza, o período e o cumprimento dos objetivos pactuados, que permitam avaliar a Organização Social.
- Os atestados ou certidões recebidas estão sujeitos à verificação da Comissão Especial de Seleção quanto à veracidade do respectivo conteúdo.

III - Certidão vigente do registro da Organização Social (OS) no Conselho Regional de Medicina (CRM), emitida pelo órgão competente da circunscrição do domicílio ou sede da Organização Social (OS);

IV - Comprovante vigente de sede da OSS.

12.2.5. **VISITA TÉCNICA**

12.2.5.1. A OSS interessada em participar do processo de seleção poderá realizar visita ao Hospital da Criança de Brasília José Alencar - HCB, com agendamento prévio, objetivando conhecer as características técnicas do objeto deste edital.

12.2.5.2. Na ocasião da visita, a OSS receberá o Atestado de Visita Técnica (Anexo X) devidamente assinado.

12.2.5.3. Para os casos em que a OSS interessada em participar do processo de seleção optar por não realizar a visita técnica, será aceito como comprovante declaração da OSS, indicando, expressamente, que tomou conhecimento de todas as informações técnicas referentes ao (s) objeto (s) deste Edital, em conformidade com o modelo objeto do Anexo XI.

12.2.5.4. Toda documentação deverá ser apresentada pelas OSS em cópias autenticadas e não será aceita documentação vencida.

12.2.5.5. São condições para a realização da visita técnica ao HCB:

- A vistoria deverá ser realizada até 10 (dez) dias úteis antes da data prevista para entrega do Plano de Trabalho, mediante prévio agendamento a ser realizado por meio do e-mail editasesdf.hcb2018@saude.df.gov.br, preferencialmente às sextas-feiras no período vespertino, em virtude do fluxo de pacientes em atendimento no hospital;
- Para realizar a visita técnica, o representante legal da entidade deverá apresentar cópia autenticada de documento que comprove seu vínculo jurídico com a OSS;
- Na ocasião da visita, a OSS receberá o Atestado de Visita Técnica (Anexo X) devidamente assinado.

12.3. **ELABORAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO**

O Plano de Trabalho, encabeçado por índice relacionando todos os documentos e as folhas em que se encontram, será apresentado em 01 (uma) via numerada e rubricada, sem emendas ou rasuras, bem como conter os elementos abaixo indicados:

I - Número e Objeto do Edital de Seleção;

II - Apresentação da OSS;

III - Discriminação dos meios e os recursos orçamentários necessários à prestação dos serviços objeto da parceria a ser firmada;

IV - Especificação da atividade a ser desenvolvida;

V - Detalhamento do valor orçado para implementação do Plano de Trabalho;

VI - Declaração referente ao labor de menores de 18 anos na OSS, em cumprimento ao art. 7º, inciso XXXIII da Constituição Federal de 1988;

VII - Atestado de Visita Técnica ao Hospital da Criança de Brasília - HCB (Anexo X) ou a declaração descrita neste Projeto Básico (Anexo XI);

A não apresentação da documentação indicada nos itens anteriores implicará na desclassificação da OSS do processo seletivo.

12.3.1. **COMPOSIÇÃO**

O Plano de Trabalho deverá ser apresentado em versão impressa e eletrônica. A versão impressa deverá ser apresentada em volumes não encadernados com, no máximo, 300 páginas cada, com dupla furação central. A numeração das páginas deverá ser sequencial para todos os volumes do Plano de Trabalho, sob o Título 'Plano de Trabalho para Organização, Administração e Gerenciamento do Hospital da Criança de Brasília Jose Alencar – HCB'.

A versão eletrônica deverá apresentada em pen drive contendo pastas com a designação estabelecida neste Roteiro (A1, A2 e A3).

a) **Atividade (A1)**

Este item avalia a adequação da proposta de Organização dos Serviços e Execução das Atividades Assistenciais à Missão e Capacidade Operacional da Unidade. Demonstra potencialidade

de produzir resultados dentro de um contexto de produção de serviços de saúde em pediatria especializada.

Para finalidade de avaliação deste critério A.1 os documentos comprobatórios deverão ser atestados ou certificados expedidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, que comprovem a experiência da interessada, devendo conter:

- A identificação da pessoa jurídica emitente;
- Nome e o cargo do signatário;
- Timbre do emitente;
- Período de vigência do contrato;
- Objeto contratual com descrição das atividades sob responsabilidade direta da interessada.

Atividade: Avalia as ações propostas para a organização do HCB (13 pontos)		
1.1 Organização da Atividade		Pontos
1.1.1 Governança e Estratégia (Será considerado modelo, método e pressupostos alinhados à missão da Instituição)	Modelo de Governança Interna	2
	Modelo de gestão estratégica (planejamento, objetivos, desdobramento)	2
	Política da Qualidade	2
	Política de Segurança do Paciente	2
SUBTOTAL		**8**
1.1.2 Gestão de Processos e Fluxos (será considerada a clareza e o entendimento dos processos e fluxos apresentados)	Matriz de Processos Institucionais, compreendendo a classificação dos mesmos e metodologia de mapeamento.	1
	Metodologia para gestão de documentos, constando de fluxos, modelos e controle.	1
SUBTOTAL		**2**
1.1.2 Incremento de Atividade (Será considerada proposição de atividades/projetos, de caráter contínuo, realizados em parceria ou não com o poder público -sem elevar custos)	Os projetos devem ter coerência com a missão da Instituição. Será dado 1 ponto por projeto, com limite de 3 pontos.	
SUBTOTAL		**3**
TOTAL ITEM 01		**13**

b) **Proposta de Atividades Voltadas para Qualidade (A2)**

Esse item demonstra os meios para a obtenção de nível ótimo de desempenho dos serviços para a eficácia das ações de assistência e a humanização das relações entre equipe profissional, usuários da Unidade e comunidade. Identifica ações voltadas para a Qualidade Objetiva a partir da instituição de comissões internas de monitoria dos serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva relacionadas com a humanização das relações na Unidade.

Avalia a capacidade, objetiva e subjetiva, de promover meios para a obtenção de nível ótimo de desempenho dos serviços, tanto para a eficácia das ações de assistência, quanto para os processos administrativos e, humanização das relações entre equipe profissional, usuários do HCB e comunidade.

Qualidade: Avalia capacidade de implantar ações em prol da qualidade dos serviços, segurança do paciente, satisfação dos usuários e humanização das relações (12 pontos)		
2.1 Qualidade Objetiva		Pontos
2.1.1 Comissões (será considerada proposta de regimento, constituição e cronograma de atividades)	Comissão de Ética Médica e de Enfermagem	0,5
	Comissão de Documentação Médica e Estatística	0,5
	Comitê de Ética em Pesquisa	0,5
	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	0,5
	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	0,5
	Comissão de Óbitos	0,25
	Comissão de Revisão de Prontuários	0,25
	Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional	0,5
	Comissão de Farmácia e Terapêutica	0,5
	Comissão de Proteção Radiológica	0,5
	Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos	0,5
	Comitê Transfusional	0,5
	Comissão de Residências em Saúde	0,5
	Comissão de Biossegurança	0,25
	Comitê de Compliance	0,25
	Comitê de Gestão de Risco	0,25
	Comissão de Gerenciamento Resíduos Sólidos	0,25
SUBTOTAL		**7**
2.1.2 Certificação de Qualidade (será considerada certificação de acreditação emitida por organização reconhecida -nacional ou internacional)	Selo de Acreditação	2
SUBTOTAL		**2**
2.2 Qualidade Subjetiva		Pontos
2.2.1 Humanização	Política de Humanização, contendo os projetos e programas voltados para o usuário.	2
	Programa de qualidade de vida para funcionários.	1
SUBTOTAL		**3**
TOTAL ITEM 02		**12**

c) **Qualificação Técnica (A3)**

Esse item identifica a capacidade gerencial demonstrada por experiências anteriores bem-sucedidas, estrutura diretiva, organização de serviços assistenciais, organização de serviços administrativos, financeiros e gerais, ciência e tecnologia, organização dos recursos humanos, prazos propostos para implantação e pleno funcionamento dos serviços.

Avalia a capacidade gerencial demonstrada por experiências anteriores bem-sucedidas, estrutura de gestão, habilidade na execução das atividades finalísticas assistenciais.

Técnica: Avalia a capacidade gerencial quanto a administrar a Unidade e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho (75 pontos)		
3.1 Experiência*		Pontos
3.1.1 Experiência da OS em gestão de serviços de saúde	Gestão de Unidade Pediátrica de Média e Alta Complexidade.	4
	Gestão de Unidade Pediátrica de Baixa e Média Complexidade.	3
	Gestão de Unidade Hospitalar de Alta Complexidade.	2
	Gestão de Serviços Públicos de Saúde.	1
3.1.2 Experiência do Corpo Diretivo da entidade em gestão de serviços de saúde (superintendente, diretor técnico, diretor administrativo-financeiro)	Gestão de Unidade Pediátrica de Média e Alta Complexidade.	4
	Gestão de Unidade Pediátrica de Baixa e Média Complexidade.	3
	Gestão de Unidade Hospitalar de Alta Complexidade.	2
	Gestão de Serviços Públicos de Saúde.	1
3.1.3 Tempo de experiência da entidade em gestão de serviços de saúde	Gerenciamento em unidade de saúde por mais de 05 anos.	3
	Gerenciamento em unidade de saúde de 03 a 05 anos.	2
	Gerenciamento em unidade de saúde por menos que 03 anos.	1
	Comprovação de gerenciamento em unidades de serviços públicos de saúde, como Organização Social de Saúde, em qualquer unidade da Federação, por mais de 2 anos.	2
Pontuação máxima permitida (*Itens não cumulativos, pontuação para a experiência apresentada.)		**28**
3.2 Estrutura de Gestão		Pontos
3.2.1 Qualificação do Corpo Diretivo	Organograma com definição das competências.	1
	Comprovação da qualificação dos membros do corpo diretivo.	2
SUBTOTAL		**3**
3.2.2 Organização dos Serviços Assistenciais	Modelo Assistencial, com descrição da metodologia de organização dos serviços, incluindo os serviços de apoio diagnóstico (SADT).	1
	Metodologia para gerenciamento de linhas de cuidados e gerenciamento de programas especiais descritos no Projeto Básico (tais como: cuidados paliativos, anemia falciforme, fibrose cística, asma de difícil controle, obesidade em pacientes pediátricos)	1
	Normas e Rotinas do serviço Oncohematologico Pediátrico	1
	Normas e Rotinas do serviço de Terapia Renal Substitutiva Pediátrico	1
	Normas e Fluxos do serviço de Central de Material Esterilizado	1
	Normas e Fluxos da Unidade de Terapia Intensiva	1
	Normas e Fluxos do Centro Cirúrgico	1
	Manual do Corpo Clínico	1
	Protocolos da Equipe Multidisciplinar	1
	Método para aplicação e notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária dos eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde	1
SUBTOTAL		**10**
3.2.3 Organização dos Serviços Administrativos	Estrutura destinada à manutenção da Gestão da Qualidade	1,5
	Metodologia para Gerenciamento de processos e riscos institucionais	1,5
	Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde	1,5
	Metodologia para Gestão de Projetos e acompanhamento de resultados	1,5
	Código de Conduta e Ética	1,5
	Metodologia para realização de auditorias internas e auditorias clínicas, dentro dos preceitos da gestão da qualidade	1,5
	Sistemática de controle de ponto/frequência dos funcionários	1,5
	Programa de Capacitação e ações de desenvolvimento dos colaboradores (educação continuada)	1,5
	Fluxo para acidente de trabalho com risco biológico	1,5
	Processo e fluxos para gestão de contratos	1,5
	Fluxos e processos de higienização e limpeza	1,5
	Fluxos e processos de nutrição, contemplando as especificidades do hospital	1,5
	Fluxos e processos de farmácia, contemplando as especificidades do hospital	1,5
	Plano Diretor de Informática	1,5
	Serviço de Infraestrutura com metodologia para manutenção predial e parque tecnológico	1,5
	Sistemática de Gestão de Custos e Orçamento	1,5
	Normas de funcionamento do setor de Faturamento	1,5
	Estrutura destinada à manutenção das ações e programas de Humanização	1,5
	Fluxos e processos do serviço de Ouvidoria	1,5
	Sistemática de controle patrimonial	1,5
SUBTOTAL		**30**
3.2.4 Ensino e Pesquisa	Projetos em Educação Permanente com vista à capacitação da equipe interdisciplinar	2
SUBTOTAL		**2**
3.3 Adequação Metodológica		Pontos
3.3.1 Adequação	Apresentação da proposta de forma completa, objetiva e coerente.	1
	Demonstração de planejamento e cronogramas passíveis de execução.	0,5
	Definição clara das estratégias de implantação e implementação da proposta, com resultados factíveis.	0,5
SUBTOTAL		**2**
TOTAL ITEM 03		**75**

Atividades finalísticas assistenciais.

d) **Critérios de Avaliação do Plano de Trabalho**

O Plano de Trabalho para gestão do Hospital da Criança de Brasília José Alencar, baseado nas especificações e condições previstas no Anexo I, será analisado e pontuado conforme o quadro abaixo:

Critérios (em referência ao Anexo IV)	Pontuação Máxima	Peso
A1– PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL/ASSISTENCIAL	13 pontos	7
A2 – PROPOSTAS DE ATIVIDADES VOLTADAS À QUALIDADE	12 pontos	7
A3 – QUALIFICAÇÃO TÉCNICA	75 pontos	11
PONTUAÇÃO TOTAL	**100 Pontos**	**1000**

Serão desclassificadas as PARTICIPANTES cujos PLANOS DE TRABALHO:

- Obtiverem pontuação igual a 0 (zero) em qualquer um dos Critérios ou não atingirem uma pontuação total mínima de 70 (setenta) pontos no somatório da pontuação dos Critérios de Avaliação:
  - A.1 - Atividade
  - A.2 - Qualidade
  - A.3 - Qualificação Técnica
- Não atenderem às exigências do Edital e Projeto Básico;
- Contiverem uma estimativa de custos para o desempenho das atividades do Hospital com valor superior ao limite estabelecido para o Contrato de Gestão ou com valor manifestamente inexequível, assim considerados aqueles que não venham a ter demonstrada sua viabilidade através de documentação que comprove que os custos apresentados são coerentes com a estrutura do Hospital, sua manutenção e a prestação dos serviços descritos no Projeto Básico, quanti e qualitativamente.

No julgamento da Pontuação Técnica para a definição da Nota Técnica (NT) será considerado o somatório dos resultados obtidos, conforme fórmula a seguir:

$$NT = A1 + A2 + A3$$

A classificação (C) dos Planos de Trabalho far-se-á pela média ponderada das Propostas Técnicas, mediante a aplicação da seguinte fórmula com os respectivos pesos:

$$C = \frac{((A1X20) + (2X20) + (A3X60))}{}$$

Onde:

C= Classificação

A1 = Nota da Proposta de Modelo Gerencial/Assistencial

A2 = Nota da Proposta de Atividades Voltadas à Qualidade

A3 = Nota da Proposta Qualificação Técnica

A análise dos elementos da Proposta de Plano de Trabalho será efetuada pela Comissão Especial de Seleção, que será composta por servidores da SES/DF especificamente designados para essa função.

Serão desclassificadas as entidades cujos Planos de Trabalho não atendam às especificações constantes do presente Edital e seus anexos.

É facultado à Comissão, em qualquer fase do processo de Seleção, a promoção de diligências destinadas a esclarecer ou a complementar a instrução do Processo.

A classificação dos Planos de Trabalho obedecerá aos parâmetros constantes Anexos IV, V e VI deste Edital.

Caso todos os Planos de Trabalho sejam desclassificados, a Comissão Especial de Seleção poderá fixar às entidades participantes o prazo de, no mínimo, 10 (dez) dias úteis para a apresentação de novos Planos.

O Secretário de Estado de Saúde publicará o resultado do processo seletivo, com o nome da OSS vencedora.

Das decisões da Comissão Especial de Seleção caberá recurso que poderá ser interposto no prazo de 5 (cinco) dias úteis contados da ciência do interessado.

Será declarada vencedora do processo de seleção a entidade classificada, cuja avaliação total das propostas, venha a obter a melhor pontuação, assim considerada aquela que atingir a maior média ponderada das valorações das propostas, de acordo com a fórmula acima descrita.

A Comissão Especial de Seleção deverá registrar em ata os critérios utilizados na distribuição da pontuação aplicada a cada entidade que apresentou proposta, mantendo assim o princípio da transparência.

Na hipótese de ocorrência de empate entre duas ou mais interessadas, o desempate será feito nas seguintes condições:

- Primeiro critério, empresa que obteve maior pontuação no item 3.1.1 Experiência da OS em gestão de serviços de saúde.
- Segundo critério, empresa que obteve maior pontuação no item 3.2.2 Organização dos Serviços Assistenciais.
- Terceiro critério, por meio de sorteio em ato público, para o qual serão convocadas todas as entidades participantes.

12.4. **VALIDADE DO PLANO DE TRABALHO**

O Plano de Trabalho terá validade 90 (noventa) dias, contados a partir da data do seu recebimento pela Comissão Especial de Seleção.

12.5. **ENTREGA DO PLANO DE TRABALHO**

12.5.1. A entrega do envelope contendo Documentação e Plano de Trabalho, será na sede da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF, situada no Setor de Áreas Isoladas Norte - SAIN - Bloco B, sala GEAQ/DAQ.

12.5.2. Até 05 (cinco) dias úteis antes da data fixada para entrega das propostas poderão ser solicitados esclarecimentos por escrito à Comissão Especial de Seleção e protocolados no mesmo endereço ou encaminhados para o e-mail: editalsesdf.hcb2018@saude.df.gov.br da SES/DF.

12.5.3. As informações serão prestadas no prazo de até 02 (dois) dias úteis antes da data fixada para a entrega das propostas.

12.5.4. As entidades interessadas deverão assumir todos os custos associados à elaboração de seus Planos de Trabalho, não cabendo qualquer indenização pela aquisição dos elementos necessários à organização e apresentação das propostas.

12.5.5. A OSS poderá se fazer representar por dirigente, ou por procurador, através de instrumento público ou particular, escrito e firmado por seu representante legal, a quem seja outorgado ou conferido amplos poderes de representação em todos os atos e termos do Edital.

12.5.6. Quando o representante se tratar de dirigente da OSS, deverá apresentar o Ato constitutivo ou estatuto em vigor registrado em cartório, acompanhado da ata de comprovação da eleição de sua atual diretoria, registrados em Cartório do Registro Civil de Pessoas Jurídicas.

12.5.7. Quando se tratar de representante designado pela OSS, o credenciamento deverá ser feito por meio de procuração pública ou particular (Anexo XII), com dados de identificação do representante, devendo constar expressamente poderes de representação em todos os atos e termos do Edital.

12.5.8. É vedada a qualquer pessoa física ou jurídica a representação de mais de 01 (uma) OSS na presente Seleção.

12.5.9. Ficará impedido de quaisquer manifestações em referência a fatos relacionados com a presente Seleção o representante da OSS participante que não apresentar o instrumento de representação, ou cuja documentação não atenda às especificações acima citadas.

12.5.10. A análise, julgamento e classificação dos Planos de Trabalho apresentados observará os critérios definidos no Edital, conforme índices de pontuação expressamente determinados.

12.5.11. Documentação e o Plano de Trabalho deverão ser entregues em meio digital e físico, devendo este ser apresentado em 01 (um) envelope devidamente fechado, rotulado externamente com os seguintes informes:

13. DO CONTRATO DE GESTÃO

Deverá ser elaborado Contrato de Gestão, conforme Lei Nº 4.081, de 04 de janeiro de 2008:

> "Art. 5º Para os efeitos desta Lei, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria para fomento e execução de atividades relativas às áreas relacionadas no art. 1º.
>
> Art. 6º O contrato de gestão, elaborado de comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a organização social, discriminará as atribuições, responsabilidades e obrigações do Poder Público e da organização social."

Devendo ser devem ser observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e economicidade e, também, os seguintes preceitos:

a) Especificação do programa de trabalho proposto pela organização social, a estipulação das metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;

b) Estipulação dos limites e critérios para despesas com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais, no exercício de suas funções.

O Contrato de Gestão poderá ser anualmente alterado, parcial ou totalmente, mediante justificativas por escrito, que conterão a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal, nos termos do Contrato de Gestão.

É condição indispensável para a assinatura do Contrato de Gestão a prévia qualificação como Organização Social em Saúde e o atendimento aos requisitos básicos que trata a Lei Distrital nº 4.081, de 04 de janeiro de 2008.

A entidade selecionada que deixar de comparecer para assinatura do Contrato de Gestão, no prazo máximo de 10 (dez) dias a contar de sua convocação, perderá o direito à contratação e poderá, desde que observado o contraditório e a ampla defesa.

Este prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pela parte, durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado e aceito pela Secretaria de Estado de Saúde, por meio da Comissão Especial de Seleção.

14. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

O prazo de vigência do Contrato de Gestão decorrente da presente Seleção é de 05 (cinco) anos, a contar de 1º de março de 2019, podendo ser renovado por igual período, uma única vez, em caso de comprovado interesse público, nos termos dos Artigos 20 e 21 da Lei Distrital n.º 4.081/2008.

15. DO VALOR DO CONTRATO DE GESTÃO

O SUS é definido no art. 4º da Lei nº 8080/90 como o "conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público". Sendo considerado como a política de maior inclusão social implementada no Brasil, representa em termos constitucionais uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos.

Seus avanços são significativos, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal e equânime (BRASIL, 2011). Dentre os maiores desafios enfrentados para a construção do SUS, o financiamento tem-se destacado como preocupação permanente de todos os envolvidos diretamente no processo.

Garantir a universalidade e a integralidade de atendimento, em cenário marcado por tantas restrições orçamentárias e financeiras, e alocar recursos de forma equânime, num País de tantas desigualdades sociais e regionais, tem representado um grande desafio para os gestores.

O financiamento do SUS, conforme a Emenda Constitucional nº 29 aprovada em setembro de 2000, é de responsabilidade comum aos três níveis de governo, federal, estadual e municipal. O pagamento aos prestadores de serviços de saúde é feito pelo nível de governo responsável pela sua gestão.

Independentemente do nível de governo que execute o pagamento, o SUS utiliza um mesmo sistema de informações para os Serviços Ambulatoriais (SIA) e outro para o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). No caso específico das internações hospitalares, embora o pagamento do serviço prestado seja descentralizado, o processamento das informações pelo SUS é realizado de forma centralizada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde.

A mensuração da sustentabilidade financeira no setor está prevista na Lei 8080/90, a qual estabelece que a fixação de critérios, valores e formas de reajuste e de pagamento aos prestadores de serviços deve estar fundamentada em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade da execução dos serviços contratados. Além disso, dispõe que os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

Está, portanto, legalmente explicitada a necessidade de que a remuneração aos prestadores de serviços do SUS respeite o equilíbrio econômico e financeiro da relação pactuada entre as partes, de forma que os valores do repasse cubram os custos dos serviços prestados.

Contudo, na prática, verifica-se um preocupante risco operacional do setor. Observa-se que os custos dos tratamentos estão aumentando em função da introdução de tecnologias mais modernas e novos medicamentos. Somando nessa equação a falta de recursos e o surgimento de novas enfermidades dificulta ainda mais a gestão das organizações. Assim, mesmo que haja uma tabela pré-fixada para os valores dos procedimentos realizados pelo SUS, isso não supre as necessidades informacionais acerca dos custos reais gerados, ocasionando dúvidas quanto à suficiência destes repasses na cobertura dos custos efetivamente incorridos.

Neste sentido, compreendendo-se que o valor atribuído aos procedimentos na Tabela de Procedimentos do SUS representa o valor de referência nacional definido pelo Ministério da Saúde e não pretende abranger a totalidade dos custos assumidos pela Unidade de Saúde para manter a oferta desses procedimentos, como aqueles denominados custos indiretos, que têm entre si, como exemplo, a mão-de-obra indireta, o material de expediente, a água, a energia elétrica indireta, a depreciação, entre outros.

Para que esse custo possa ser conhecido, avaliado e usado como referência para o processo de tomada de decisões, o Núcleo Nacional de Economia da Saúde (Nunes), do Departamento de Economia da Saúde (DES), vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS), criou o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que é formado por um conjunto de ações que visam promover a gestão de custos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da geração, aperfeiçoamento e difusão de informações relevantes e pertinentes a custos, com a finalidade de que sejam utilizadas como subsídio para otimização do desempenho de serviços, unidades, regiões e redes de atenção em saúde do SUS.

Preconiza o Ministério da Saúde que a implementação de um sistema de custos em uma unidade de saúde, independente do seu nível de complexidade, permite estimar os custos envolvidos em determinada ação, gerando resultados representados, em última análise, pela qualificação da atenção, adequado uso dos recursos e/ou ampliação do acesso.

O PNGC surgiu da necessidade de conhecer os custos dos produtos e serviços, para apurar e avaliar seus respectivos resultados, além de aprimorar a própria gestão de custos. Com a crescente complexidade das instituições de saúde integradas ao SUS, este instrumento passou a ser utilizado como eficiente técnica gerencial (utilização das informações de custos, para auxiliar na tomada de decisão), tornando-se uma vantagem competitiva e fazendo parte das ações estratégicas dessas instituições. A otimização dos recursos, sem comprometer a funcionalidade e a qualidade dos produtos e serviços, deve ser um objetivo permanente nas instituições que buscam a excelência.

Todo o processo de implantação do PNGC é feito com o suporte do Ministério da Saúde e contempla o cumprimento de fases pré-determinadas e necessárias.

15.1. METODOLOGIA DO PNGC

No âmbito do PNGC, alguns conceitos são importantes para o estudo da remuneração dos serviços de saúde, como:

- **Custo** – valor de todos os recursos gastos na produção de um bem ou serviços;
- **Custo direto** – custo apropriado diretamente ao produto ou serviço prestado, não sendo necessária nenhuma metodologia de rateio. É apropriado aos produtos ou serviços por meio de alguma medida de consumo (exemplos: mão-de-obra direta, materiais, medicamentos, etc.);
- **Custo fixo** – custo independe do volume de produção, que não é passível de

alteração em curto prazo (exemplos: depreciação, aluguel e pessoal);

- **Custo indireto** – parcela do custo total que não pode ser identificada diretamente em um produto ou serviço específico, porque depende dos critérios de rateio e está relacionada com um ou mais produtos ou serviços (exemplos: aluguel, energia, água, telefone e combustível);
- **Custo marginal** – aumento que experimenta o custo total, decorrente do acréscimo de uma nova unidade, no volume de produção;
- **Custo médio unitário** – custo total dividido pela quantidade produzida em um determinado período. Pode ser obtido em relação ao custo direto, indireto e total;
- **Custo não-operacional** – custo obtido no somatório dos gastos efetivados pela unidade e não computados no cálculo do custo operacional (exemplos: pagamento de pessoal à disposição de outros órgãos, propaganda);
- **Custo operacional** – valor dos recursos consumidos, na atividade fim de cada centro de custos e/ou de toda instituição, em um determinado período;
- **Custo total** – é o resultado do somatório dos custos diretos e indiretos de todas as unidades de um mesmo bem ou serviço produzidas durante determinado período de tempo;
- **Custo variável** – custo que é passível de alteração em curto prazo. Esse custo modi fica-se proporcionalmente ao volume produzido e que, somado ao custo fixo, constitui-se no custo total de um determinado serviço/produto;
- **Depreciação** – Redução de valor ou de preço que se registra na maioria dos bens em função do uso, do desgaste físico, da ação da natureza, das evoluções tecnológicas, da perda de utilidade por uso da obsolescência ou das alterações nos preços de outros fatores de produção.

15.2. **CUSTEIO POR ABSORÇÃO**

A metodologia adotada pelo PNGC é o sistema de custeio por absorção. Essa metodologia foi escolhida por ser de fácil aplicação e por ser a mais utilizada entre as instituições vinculadas ao SUS. Outro fator importante é que a sua apuração é possível a partir da segmentação da instituição em centros de custos.

Dessa forma, em se tratando de hospitais, a segmentação em áreas especializadas é facilmente identificada, como internação, centro cirúrgico, lavanderia, nutrição, administração, laboratório, etc. Por exemplo, o setor de pediatria é responsável pelo atendimento de crianças. Para cumprir esta função, contrata-se pessoal, adquirem-se equipamentos, materiais administrativos, bem como outros recursos necessários para alcançar os objetivos do setor.

Os custos destes recursos podem ser estimados e comparados com os custos finais do atendimento. O sistema de custeio por absorção controla o custo e o desempenho da entidade e dos centros de custos (áreas de atividades específicas), podendo comparar os custos estimados, com os valores orçados. Isto indicará, de uma forma geral, quando os custos da instituição excederão os valores orçados.

O sistema de custeio por absorção é considerado uma metodologia de custeio integral, pois ele apropria todos os custos incorridos na produção de um bem ou serviço, ou seja, consideram-se os custos diretos, indiretos, fixos e variáveis. Os custos diretos são apropriados diretamente aos procedimentos realizados, enquanto os custos indiretos são rateados de acordo com a necessidade da instituição.

Na SES/DF, atualmente, cerca de 42% das Unidades Básicas de Saúde e 88% das Unidades Hospitalares têm custo total apurado.

15.3. **CUSTO HCB**

Nesse escopo encontra-se inserido o Hospital da Criança de Brasília, sendo possível por essa razão extrair-se do Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS) o relatório de Custo Total da Unidade (Anexo VI), tendo como referência o período de competência de agosto de 2017 a julho de 2018.

15.3.1. **Estrutura Física Bloco I - Ambulatorial**

Ressalta-se que esses custos se referem à operacionalização do Bloco I, atualmente em pleno funcionamento, contando com a seguinte estrutura física:

ESTRUTURA HCB - BLOCO I		
Descrição	**Tipo**	**Quantidade**
Leitos de Internação	Cirurgia Geral	2
	Oncologia	2
	Pediatria Clínica	7
	Hospital Dia	1
Sala	Cirurgia	1
	Procedimentos	2
	Recuperação	2
Consultórios	Médicos	30
	Odontologia	3
	Nutrição	2
	Serviço Social	3
	Psicologia	4
	Enfermagem	2
	Reabilitação (Fisioterapia/ Fonoaudiologia/ Terapia Ocupacional)	3
Sala	Musicoterapia	1
	Curativos	1
	Imunização	1
	Nebulização	1
	TRS - Hemodiálise	2 salas/5 máquinas
	TRS - DPI/DPA/DPAC	1
	Terapia Endovenosa	1 sala/ 18 poltronas
Ginásio	Reabilitação	1

No entanto, como o presente Projeto Básico refere-se ao Contrato de Gestão a ser celebrado para vigência a partir de 1º de março de 2019, quando deverá estar em funcionamento toda a estrutura do Bloco I (ambulatorial) e parte do Bloco II (hospitalar), em conformidade com o Cronograma de Implantação definido no Quinto Termo Aditivo ao Contrato de Gestão n.º 001/2014, a seguir transcrito:

- **Fase 1A** – de março de 2014 a fevereiro de 2018: fase de operação no Bloco I;
- **Fase 1B** – de março a setembro de 2018: fase preparatória para abertura do Bloco II
- **Fase 1C** – outubro de 2018: fase de transferência das atividades administrativas e das

Atividades de internação e de centro cirúrgico do Bloco I para o Bloco II.

- **Fase 2**: novembro e dezembro de 2018: transferência dos serviços de internação pediátrica do HBDF (clínica e cirúrgica) para o HCB.
- **Fase 3**: janeiro e fevereiro de 2019: operação de 28 Leitos de Oncohemaotologia; 44 Leitos de Clínica; 40 Leitos Cirúrgicos; 30 Leitos de UTI; 06 Leitos de Cuidados Paliativos; e 04 Salas Cirúrgicas.

Apesar de mantida a configuração final prevista para o Hospital da Criança de Brasília, as Fases 4 e 5 anteriormente previstas no Quarto Termo Aditivo foram transformadas em uma única,

sendo suprimidas do Contrato de Gestão n.º 001/2014 e passando a ser contempladas no Contrato de Gestão a ser celebrado com vigência a partir de 1º de março de 2019, objeto deste Projeto Básico, sendo representada pela Fase 4, na qual deverão estar em operação 28 Leitos de Oncohemaotologia; 60 Leitos de Clínica; 60 Leitos Cirúrgicos; 38 Leitos de UTI; 06 Leitos de Cuidados Paliativos; 10 Leitos Transplantes e 05 Salas Cirúrgicas.

Diante disso, com a finalidade de se apresentar informações acerca da estimativa de valores para o futuro Contrato de Gestão de forma adequada, passa-se a seguinte análise:

15.3.2. **Estrutura Física Bloco II - Hospitalar**

O quadro a seguir apresenta de forma sintética as alterações quantitativas na estrutura física que se darão com a completa implantação do Bloco II do HCB:

Descrição	Tipo	Quantidade
Leitos de Internação	Cirurgia Geral	60
	Oncologia	28
	Pediatria Clínica	60
	UTI	38
	Paliativos	6
	Transplantes	10
	Hospital Dia	18
Sala	Cirurgia	5
Sala	Procedimentos	2
Sala	Recuperação	2
Consultórios	Médicos	30
Consultórios	Odontologia	3
Consultórios	Nutrição	2
Consultórios	Serviço Social	3
Consultórios	Psicologia	4
Consultórios	Enfermagem	2
Consultórios	Reabilitação (Fisioterapia/ Fonoaudiologia/ Terapia Ocupacional)	3
Sala	Musicoterapia	1
Sala	Curativos	1
Sala	Imunização	1
Sala	Nebulização	1
Sala	TRS - Hemodiálise	2 salas/5 máquinas
Sala	TRS - DPI/DPA/DPAC	1
Sala	Terapia Endovenosa	1 sala/ 18 poltronas
Ginásio	Reabilitação	1

Conforme pactuado no vigente Contrato de Gestão do HCB, nº 001/2014, o início das atividades no Bloco II (fase 1C de implantação em diante) representa a ampliação do perfil de atendimento do HCB, passando a ser não somente ambulatorial, mas também hospitalar, mantendo-se os quantitativos ofertados pelo HCB no que tange ao atendimento ambulatorial na Unidade até a Fase 3, ampliando apenas o quantitativo de Consultas Médicas de Especialidades que serão ofertadas apenas na Fase final de implantação (Fase 4).

15.3.3. **Cálculo do valor referente à ampliação das Consultas Médicas de Especialidades**

Observa-se que, como base no cronograma vigente, o impacto quantitativo na oferta dos serviços de caráter ambulatorial com a operacionalização plena do Bloco II se dará apenas no número de consultas, sendo, dessa forma, necessário apenas se acrescentar essas informações para se compor o custo da Unidade Ambulatorial do HCB.

Para isso, foram extraídos do Apurasus os Relatórios de Custo Final de cada Centro de Custo do HCB referente a Consultas Médicas por Especialidades e, com base nos dados apurados, foi calculada a média aritmética dos atendimentos para cada Ambulatório de Especialidade Médica, assim como a média aritmética dos valores médios apurados por atendimento, conforme Anexo VII.

Considerando que cada atendimento ambulatorial, além das consultas, implica em realização de outros procedimentos relacionados às respectivas linhas de cuidado, o valor obtido reflete o custo total médio por atendimento, que será utilizado considerando-se que com a ampliação da oferta de consultas médicas de especialidades, amplia-se consequentemente o quantitativo de procedimentos realizados por ambulatório, chegando-se ao seguinte:

Centro Custo	Média de atendimentos	Valor médio por atendimento
Alergia e Imunologia	1.330	R$ 258,84
Cardiologia Pediátrica	590	R$ 349,08
Cirurgia Pediátrica	520	R$ 484,88
Dermatologia	73	R$ 811,48
Infectocontagiosas e Parasitárias	15	R$ 2.663,28
Endocrinologia Pediátrica	691	R$ 625,65
Gastroenterologia pediátrica	856	R$ 418,63
Genética	105	R$ 1.104,88
Ginecologia Pediátrica	16	R$ 3.423,81
Hematologia e Hemoterapia	1.054	R$ 592,17
Homeopatia	4	R$ 2.473,43
Nefrologia	490	R$ 1.370,51
Neurocirurgia	199	R$ 290,91
Neurologia	986	R$ 444,99
Nutrição	294	R$ 278,95
Odontologia	1.389	R$ 149,69

Com isso, para efeito do cálculo do valor estimado para o novo Contrato de Gestão, considerando mantidas as demais metas ambulatoriais já pactuadas, presume-se preservado o restante do valor do custo ambulatorial para o HCB, devendo ser acrescido a este o valor correspondente à ampliação da oferta de consultas médicas de especialidades que ocorrerá na Fase 4.

Para efeito do cálculo do valor a ser acrescido em razão do aumento quantitativo das consultas médicas de especialidades, com base nos valores do quadro acima, foram desconsiderados os procedimentos com produção inferior à 100 atendimentos, sendo estes das seguintes especialidades:

- Dermatologia
- Infectocontagiosas e Parasitárias

- Ginecologia Pediátrica
- Homeopatia

Com isso, chega-se aos seguintes valores:

Centro Custo	Média de atendimentos	Valor médio por atendimento
Odontologia	1.389	R$ 149,69
Alergia e Imunologia	1.330	R$ 258,84
Nutrição	294	R$ 278,95
Neurocirurgia	199	R$ 290,91
Cardiologia Pediátrica	590	R$ 349,08
Gastroenterologia pediátrica	856	R$ 418,63
Neurologia	986	R$ 444,99
Cirurgia Pediátrica	520	R$ 484,88
Hematologia e Hemoterapia	1.054	R$ 592,17
Endocrinologia Pediátrica	691	R$ 625,65
Genética	105	R$ 1.104,88
Nefrologia	490	R$ 1.370,51
Total	**8.504**	**R$ 6.369,18**
Média por atendimento		**R$ 579,02**

E, com base nesses valores, tem-se:

Descrição	Meta	Valor apurado
Meta Atual de Consultas Médicas de Especialidades	7.049	
Meta para a Fase 4	8.106	
Aumento quantitativo	**1.057**	**R$ 612.020,30**

Portanto, considerando o Relatório de Custo Total da Unidade, extraído do Apurasus (Anexo VI), que para o período de agosto de 2017 a julho de 2018 apresenta o valor total apurado de R$ 98.166.866,76 (noventa e oito milhões, cento e sessenta e seis mil, oitocentos e sessenta e seis reais e setenta e seis centavos), calculada a média aritmética para os 12 (doze) meses definidos, resulta-se no valor de custo médio mensal de R$ 8.180.572,23 (oito milhões, cento e oitenta mil, quinhentos e setenta e dois reais e vinte e três centavos), correspondente ao funcionamento atual do Bloco I.

Acrescendo-se a esse valor o total calculado para o acréscimo quantitativo de consultas médicas, de R$ 612.020,30 (seiscentos e doze mil, vinte reais e trinta centavos), compõe-se o valor estimado para a operação ambulatorial completa, que ocorrerá na Fase 4, de R$ 8.792.592,53 (oito milhões, setecentos e noventa e dois mil, quinhentos e noventa e dois reais e cinquenta e três centavos).

Assim, para o atendimento ambulatorial, estima-se os seguintes valores:

- Para a Fase 3 mantem-se o valor custo da assistência ambulatorial do HCB de R$ 8.180.572,23 (oito milhões, cento e oitenta mil, quinhentos e setenta e dois reais e vinte e três centavos);
- Para a Fase 4 estima-se o valor de custo da assistência ambulatorial do HCB em R$ 8.792.592,53 (oito milhões, setecentos e noventa e dois mil, quinhentos e noventa e dois reais e cinquenta e três centavos), que, por tratar-se de estimativa de custo para atividades que ainda não foram iniciadas, deverá esse valor ser monitorado e, caso necessário, reavaliado para adequação, após o período mínimo de 06 (seis) meses de vigência de Fase a que se refere.

Reveste-se de maior complexidade a estimativa dos valores para o Bloco II, hospitalar, pelo fato de ainda não ter suas atividades em pleno funcionamento e, consequentemente, por não ser possível se extrair do Apurasus os dados referentes ao respectivo custo de operacionalização.

Para isso, tendo em vista não haver referência de Unidade de Unidade Hospitalar de perfil idêntico no âmbito do Distrito Federal, dentre as Unidades Hospitalares da Rede Pública de Saúde no Distrito federal, aquela que mais se aproximasse ao perfil assistencial do HCB, a fim de se obter informações que permitam estimar da forma mais precisa possível esses valores.

Foram eleitos como critérios principais o quantitativo de leitos, o nível de complexidade/especialização e o perfil assistencial das unidades. Em vista disso, foi identificada como Unidade de Referência na rede pública de saúde do DF o Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB.

O HMIB, assim como o HCB, no âmbito da SES/DF, são Unidades de Referência Distrital - URD, que são aquelas Unidades de Saúde que concentram processos de atendimento de média e alta complexidade e têm como característica dar suporte para toda a rede em especialidades específicas.

O Hospital Materno Infantil de Brasília atua no segmento Materno e Infantil, prestando assistência médica integrada ao binômio mãe-filho, promovendo o desenvolvimento da medicina e o treinamento de profissionais de saúde.

É certificado como Hospital de Ensino desde 2007.

Caracteriza-se como hospital de grande porte, de alta complexidade, constituindo-se referência terciária para o Distrito Federal. Proporciona atenção à saúde para o tratamento de alta complexidade em nível ambulatorial e hospitalar, que compreende cuidados de prevenção, tratamento e reabilitação, de natureza clínica e/ou cirúrgica, serviços complementares de diagnóstico e tratamento, em diversas especialidades médicas.

O Hospital Materno Infantil de Brasília é um hospital 100% SUS, que funciona 24 horas por dia e conta com um Centro Obstétrico, Pronto Atendimento Pediátrico, Pronto Atendimento Obstétrico e Ginecológico, UTI Pediátrica, UTI Neonatal, UTI Materna, Banco de Leite Humano, Alojamento Conjunto, Enfermarias Mãe-Canguru e Mãe-Nutriz, Ambulatório, assim como serviços de apoio diagnóstico e terapêutico: laboratório de análises clínicas, laboratório de patologia, laboratório de citopatologia, farmácia, agência transfusional, radiodiagnóstico, ultrassonografia, tomografia, mamografia e densitometria.

Ainda que não se trate de perfis assistenciais idênticos, o HMIB é a Unidade Hospitalar do DF que guarda maior semelhança tanto com a estrutura física, como com a complexidade, com a carta de serviços ofertados por ambos e, especialmente, com o perfil dos pacientes assistidos.

Com base nos dados correspondentes aos serviços prestados pelo HMIB e nas semelhanças entre as estruturas de ambos, pretende-se estimar de forma mais apropriada os valores a serem destinados a título de fomento ao novo Contrato de Gestão do HCB.

15.3.4. **Estimativa do Custo Hospitalar**

Assim, mantendo-se a mesma metodologia, foram utilizados como referência os indicadores de gestão do HMIB quanto, dos quais se extraíram as informações de custo paciente/dia por centro de custo, atualizadas, correspondentes aos Centros de Custo relacionados às atividades hospitalares do HCB, bem como e respectiva taxa de ocupação.

Essas e outras informações acerca do funcionamento do HMIB encontram-se disponíveis para consulta pelo link: https://docs.google.com/document/d/17tzgQYiMKdKjLA44Hk2KzXSQxd6BvPjlwLBZVdu7dBo/edit?usp=sharing

Foram também utilizados como referência os valores paciente/dia da Unidade de Internação em Oncologia Pediátrica do IHBDF (Anexo VIII), tendo em vista não haver referência semelhante no HMIB e, ainda, o fato de que os pacientes que ocuparão esses leitos no HCB são aqueles que utilizam essa Unidade do IHBDF, que será integralmente transferida para o HCB.

Considerando a natureza dos serviços assistenciais prestados pelo HCB e HMIB foram analisados os dados dos seguintes Centros de Custos do HMIB, disponíveis para extração:

- Centro de Custo Leitos Alojamento Conjunto - Alcon
- Centro de Custo Leitos Alto Risco
- Centro de Custo Unidade de Internação Cirúrgica Pediátrica
- Centro de Custo Unidade de Internação Pediátrica - Ala A;
- Centro de Custo Unidade de Internação Pediátrica - Ala B;
- Centro de Custo UTI Pediátrica;
- Centro de Custo Centro Cirúrgico; e
- Centro de Custo Unidade de Internação em Oncologia Pediátrica.

De posse desses dados, foi utilizada a relação entre os valores paciente/dia apresentados pelo Apurasus, por Centro de Custo, em conjunto com a capacidade física operacional

do HCB, para se estimar o valor de custo hospitalar do HCB.

Centro de Custo	Valor Médio Paciente/Dia	Taxa de ocupação
Internação - Leitos Cirurgia Pediátrica	R$2.571,71	81,00%
Internação - Leitos Pediátricos	R$1.038,90	92,00%
Internação - Leitos Alcon	R$1.619,58	93,00%
Internação - Leitos Alto Risco	R$1.243,28	81,00%
Internação - Leitos Oncologia Pediátrica	R$ 1.516,22	86%
Internação - Leitos UTI ped.	R$4.076,44	97,40%
Centro Cirúrgico	R$4.494,35	

Fonte: Apurasus, HMIB, IHBDF

Assim, para estimar os valores de custo da unidade hospitalar do HCB utilizou-se as seguintes referências:

- Para o cálculo do valor estimado dos Leitos Cirúrgicos do HCB foi utilizado o valor paciente/dia (R$ 2.571,71), apurado entre agosto de 2017 e junho de 2018 (competência mais recente disponível) dos Leitos de Internação de Cirurgia Pediátrica do HMIB, multiplicado pelo número de leitos do HCB (60), pelo número de dias de um mês (30) e pelo percentual correspondente à respectiva taxa de ocupação desses leitos no HMIB (81,0%);
- Para o cálculo do valor estimado dos Leitos Clínicos de Pediatria do HCB foi utilizado o valor paciente/dia (R$1.038,90), apurado entre agosto de 2017 e junho de 2018, dos Leitos de Internação Pediátrica do HMIB, multiplicado pelo número de leitos do HCB (60), pelo número de dias de um mês (30) e pelo percentual correspondente à respectiva taxa de ocupação desses leitos no HMIB (92,0%);
- Para o cálculo do valor estimado dos Leitos de Oncologia, pelo fato do HMIB não dispor de leitos de perfil equivalente e, ainda, considerando que os pacientes adequados ao perfil destes leitos serão transferidos do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal – IHBDF para o HCB, foi utilizado o valor médio paciente/dia (R$ 1.516,22), apurado no exercício de 2017, dos Leitos de Internação em Oncologia Pediátrica do IHBDF, multiplicado pelo número de leitos do HCB (28) , pelo número de dias de um mês (30) e pelo percentual correspondente à respectiva taxa de ocupação desses leitos no IHBDF;
- Para o cálculo do valor estimado dos Leitos de Cuidados Paliativos e dos Leitos de Transplantes do HCB, pelo fato do HMIB não dispor de leitos de perfil equivalente, foi utilizada a média aritmética entre os valores paciente/dia dos Leitos de Internação Pediátrica, Leitos do Alcon e Leitos de Alto Risco do HMIB (R$ 1.300,59), apurado entre agosto de 2017 e junho de 2018, multiplicado pelo número de leitos do HCB (28) , pelo número de dias de um mês (30) e pelo percentual correspondente à respectiva média aritmética das taxas de ocupação desses leitos no HMIB (89%);

Valor médio paciente/dia leitos de internação (Pediátricos/Alcon/Alto Risco)	(R$ 1.038,90 + R$1.619,58 + R$1.243,28) /3 = R$ 1.300,59
Média Taxa de Ocupação	(92,0% + 93,0% + 81,0%)/3 = 89%

- Para o cálculo do valor estimado dos Leitos de UTI Pediátrica do HCB foi utilizado o valor paciente/dia dos Leitos de UTI Pediátrica do HMIB (R$ 4.076,44), apurado entre agosto de 2017 e junho de 2018, multiplicado pelo número de leitos do HCB (38), pelo número de dias de um mês (30) e pelo percentual correspondente à respectiva taxa de ocupação desses leitos no HMIB (97,4%);
- Para o cálculo do valor estimado dos Leitos de Hospital Dia do HCB, pelo fato do HMIB não dispor de leitos de perfil equivalente e tendo em vista tratar-se de leito com 12 horas de utilização diária, enquanto os demais se configuram como leitos de 24 horas, foi utilizado o valor correspondente a 50% da média aritmética calculada entre os valores paciente/dia dos Leitos de Internação Pediátrica, Leitos do Alcon e Leitos de Alto Risco do HMIB, multiplicado pelo número de leitos do HCB (18), pelo número médio de dias úteis de um mês (22) ;
- Para o cálculo do valor estimado para as salas do Centro Cirúrgico do HCB foi utilizado o valor médio por cirurgia realizada no Centro Cirúrgico do HMIB (R$ 4.494,35), multiplicado pelo número de salas do HCB (5) e pelo número de dias de um mês (30).

Com base nos cálculos para estimativa do custo ambulatorial e hospitalar do HCB, chegou-se aos valores de repasses mensais de R$ 17.733.014,31 (dezessete milhões) para a Fase 3; e R$ 22.121.260,73 (vinte e dois milhões, cento e vinte e um mil, duzentos e sessenta reais e setenta e três centavos) para a Fase 4, como demonstrado no quadro abaixo:

Descrição	Valor Paciente/Dia	Leitos HCB Fase 3	Estimativa de custo mensal HCB	Leitos HCB Fase 4	Estimativa custo hospitalar mensal Fase 4
Leitos Cirúrgicos	R$ 2.571,71	40	R$ 2.684.865,24	60	R$ 4.027.297,86
Leitos Pediatria	R$ 1.038,90	44	R$ 1.261.640,16	60	R$ 1.720.418,40
Leitos Oncologia	R$ 1.516,22	28	R$ 1.095.314,32	28	R$ 1.095.314,32
Leitos Cuidados Paliativos	R$ 1.300,59	6	R$ 208.354,52	6	R$ 208.354,52
Leitos Transplantes	R$ 1.300,59		R$ -	10	R$ 347.257,53
UTI Pediátrica	R$ 4.076,44	30	R$ 3.573.407,30	38	R$ 4.526.315,92
Centro Cirúrgico	R$ 4.494,35	4	R$ 539.322,00	5	R$ 674.152,50
Hospital Dia	R$ 650,30	18	R$ 312.531,78	18	R$ 312.531,78
Total Hospitalar (Bloco II)			**R$ 9.675.435,32**		**R$ 12.911.642,82**
Total média custeio Bloco I			**R$ 8.180.572,23**		**R$ 8.180.572,23**
Ajuste de valor correspondente à ampliação do quantitativo de consultas médicas de esécialidades			-		**R$ 612.020,30**
Subtotal Estimado Custeio HCB			**R$ 17.856.007,55**		**R$ 21.704.235,35**

Fonte: Apurasus

Todavia, no que tange aos valores incialmente previstos para o Contrato de gestão do HCB, cabe destacar que desde o início de sua vigência até janeiro de 2018, as parcelas de repasse foram atualizadas com base na Cláusula Décima do Contrato de Gestão, que previa o reajuste com finalidade de manutenção do equilíbrio econômico financeiro do Contrato de Gestão, sendo realizadas as seguintes atualizações de valores ao Contrato de Gestão **n.º 001/2014:**

- Primeiro Termo Aditivo Ao Contrato*:* assinado em 25 de setembro de 2015, reajustou valor do contrato, com base no INPC, em 7.70% referente ao período de março/2014 a fevereiro/2015, com efeitos financeiros no respectivo cronograma de repasses a partir de março de 2015; e alterou o índice de referência para reajuste, passando a ser considerado o IPCA;
- Segundo Termo Aditivo Ao Contrato*:* assinado em 06 de março de 2017, reajustou o valor do contrato em 8,17%, com base na determinação do Parecer n.º 1232/2016 - PRCON/PGDF (folhas 3382/3388 do processo 0060-002634/2010),referente ao período de março de 2015 a fevereiro de 2016, com efeitos financeiros no respectivo cronograma de repasses a contar de março de 2016;
- Terceiro Termo Aditivo Ao Contrato: assinado em 11 de dezembro de 2017:
    - Alterou o Anexo V do Contrato de Gestão – Metas Quantitativas pactuadas, a

partir de 1º de dezembro de 2017, tendo as metas sido repactuadas, com acréscimo quantitativo de cerca de 22% da oferta de serviços, sem correspondente acréscimo financeiro ao valor do Contrato, representando, em verdade, economia com a otimização da utilização dos recursos;

- Alterou o Anexo VII do Contrato de Gestão – Metas Qualitativas pactuadas, da mesma forma, não acarretando acréscimos financeiros ao valor do Contrato;
- Reajustou o valor do Contrato de Gestão em 3,09%, que representa a variação efetiva dos custos operacionais do HCB, com base no Parecer n.º 431/2017-PRCON/PGDF, de 28 de agosto de 2017, referente ao período de março de 2016 a fevereiro de 2017, com efeitos financeiros no respectivo cronograma de repasses a contar de março de 2017.

- Quarto Termo Aditivo Ao Contrato: assinado em 28 de fevereiro de 2018: atualizou o cronograma de implantação do HCB.
- Quinto Termo Aditivo Ao Contrato: assinado em 28 de setembro de 2018: atualizou o cronograma de implantação do HCB e reajustou o valor do Contrato em 2,182%, que representa a variação efetiva dos custos operacionais do HCB, com base no Parecer n.º 431/2017-PRCON/PGDF, de 28 de agosto de 2017, referente ao período de março de 2017 a fevereiro de 2018, com efeitos financeiros no respectivo cronograma de repasses a contar de março de 2018.

Considerando que as atualizações monetárias feitas ao valor do Contrato, desde sua assinatura, por meio de seus Termos Aditivos, foram realizadas com base em índices diversos, especialmente as do Segundo, Terceiro e Quinto Termos Aditivos, em atendimento à determinação da Procuradoria Geral do Distrito Federal - PGDF, diferentemente da previsão inicial do contrato, a seguir apresenta-se um comparativo da variação dos índices utilizados para atualização monetárias que objetivam corrigir a perda de equilíbrio econômico decorrente da inflação, mensurados ao longo dos anos de vigência do Contrato 001/2014:

ÍNDICE	PERÍODO					ACUM.
	MAR/14-FEV/15	MAR/15-FEV/16	MAR/16-FEV/17	MAR/17-FEV/18	MAR/18-AGO/18	MAR/14-AGO/18
IPCA*	7,70%	10,36%	4,76%	2,84%	2,22%	30,89%
FIPE-SAÚDE	6,67%	10,62%	11,78%	7,69%	3,75%	47,37%
IGP SAÚDE (FGV)	6,79%	9,33%	9,67%	6,15%	3,18%	40,24%
REAJUSTE CG	7,70%	8,17%	3,09%	2,18%	0,00%	22,72%

*IPCA é o índice oficial utilizado para reajuste dos contratos celebrados com o GDF
Fonte: FGV, IBGE, FIPE, CG 001/2014 - SES/DF

Em atenção à determinação da PGDF, o valor do Contrato de Gestão n.º 001/2014 foi atualizado por meio do Terceiro e Quinto Termos Aditivos, utilizando-se como base o índice de variação do custo efetivo do HCB. Para o cálculo desse índice foi utilizada a metodologia Inflatec, tendo sido relacionados os grupos de custos e despesas, tendo sido considerada a série histórica dos 12 (doze) meses a que se refere a atualização dos valores, com objetivo de compor o custo fixo básico do HCB, sendo aplicado um peso para cada item após o levantamento da série histórica, resultando na média aritmética do respectivo período.

Ainda que a matéria vá ser tratada neste Projeto Básico, em seção específica, cabe ressaltar que pelo fato da vigência do Contrato 001/2014 encerrar-se em 28 de fevereiro de 2019, não haverá novo ajuste de valores. No entanto, considerando que toda a projeção estimativa de custos para o novo Contrato de Gestão está se baseando em valores praticados em 2017 e 2018 e que esse Contrato terá vigência a partir de 1º de março de 2019, o valor estimado deve garantir preservação o equilíbrio econômico-financeiro estabelecido no atual ajuste.

Para isso, da mesma forma, foi calculado o percentual estimado a ser aplicado ao valor total do Contrato com a finalidade de atualização deste, tendo como base, portanto, os índices utilizados no Terceiro e Quinto Termos Aditivos ao Contrato de Gestão n.º 001/2014, que representam a variação efetiva do custo do HCB nos períodos de março/2015 a fevereiro/2016 e março/2016 a fevereiro/2017, respectivamente, conforme demonstrado a seguir:

Aditivo	IPP
3º TA	3,09%
5º TA	2,18%
Média	**2,64%**

Dessa forma, estimando-se que o percentual de 2,64%, obtido pelo cálculo da média aritmética entre os índices anteriormente aplicados, reflita a variação efetiva dos custos do HCB no período de março de 2018 a fevereiro de 2019 e, aplicando-se esse índice ao valor total calculado, atingiu-se como resultado o seguinte:

Descrição	Valor Paciente/Dia	Leitos HCB Fase	Estimativa de custo mensal HCB Fase 3	Leitos HCB Fase 4	Estimativa custo hospitalar mensal Fase 4
Leitos Cirúrgicos	R$ 2.571,71	40	R$ 2.684.865,24	60	R$ 4.027.297,86
Leitos Pediatria	R$ 1.038,90	44	R$ 1.261.640,16	60	R$ 1.720.418,40
Leitos Oncologia	R$ 1.516,22	28	R$ 1.095.314,32	28	R$ 1.095.314,32
Leitos Cuidados Paliativos	R$ 1.300,59	6	R$ 208.354,52	6	R$ 208.354,52
Leitos Transplantes	R$ 1.300,59		R$ -	10	R$ 347.257,53
UTI Pediátrica	R$ 4.076,44	30	R$ 3.573.407,30	38	R$ 4.526.315,92
Centro Cirúrgico	R$ 4.494,35	4	R$ 539.322,00	5	R$ 674.152,50
Hospital Dia	R$ 650,30	18	R$ 257.516,82	18	R$ 257.516,82
Total Hospitalar (Bloco II)			R$ 9.620.420,36		R$ 12.856.627,86
Total média custeio Bloco I			R$ 8.180.572,23		R$ 8.180.572,23
Ajuste de valor correspondente à ampliação do quantitativo de consultas médicas de especialidades			-		R$ 612.020,30
Subtotal Estimado Custeio HCB			R$ 17.800.992,59		R$ 21.649.220,39
Reajuste estimado referente ao período de março de 2018 a fevereiro de 2019 (2,64%)			R$ 469.946,20		R$ 572.991,81
Total Estimado Custeio HCB			**R$ 18.270.938,79**		**R$ 22.277.227,16**

Como demonstrado e considerando o início da Fase 3 em janeiro de 2019, conforme cronograma do Quinto Termo Aditivo ao Contrato n.º 001/2014, o início da vigência do novo Contrato de Gestão se dará com a fase 3 integralmente implantada.

Por tratar-se novo Contrato, objeto de um Edital de Seleção para sua celebração, da qual quaisquer entidades poderão participar, desde atendidos os requisitos previstos nos instrumentos, foi considerado o período de 03 (três) meses para transição da atual OSS titular do Contrato de Gestão para aquela que venha a sucedê-la na gestão do HCB e, com isso, o início da Fase 4 foi previsto para o mês de junho de 2019.

Consequentemente, calcula-se os seguintes valores de repasse mensais estimados para o Contrato de Gestão, considerando as fases de implantação nele contidas:

- **Fase 3 - março/2019 a maio/2019 (03 meses de 2019): R$ 18.270.938,79**
- **Fase 4 - junho/2019 em diante/2019 (06 meses de 2019): R$ 22.277.227,16**

Convém esclarecer que a diferença entre os valores estimados para o custo ambulatorial e o custo hospitalar do HCB, que pode parecer desproporcional se considerada a diferença entre a estrutura física e os serviços a serem prestados, é justificada, dentre outras, por duas razões principais, a saber:

a) A partir do início das atividades do "Bloco II", de característica assistencial

predominantemente hospitalar, a separação dos blocos não se dará mais pela característica ambulatorial e hospitalar, sendo esses serviços organizados entre os blocos do HCB, de modo a otimizar-se a utilização dos recursos administrativos e humanos, objetivando preservar a qualidade dos serviços prestados de com eficácia. Com isso, parte dos valores de alguns centros de custos serão diluídos entre outros, de modo que para se obter a exata medida da parte que cabe a cada um será necessária nova análise em período não inferior a 06 (seis) meses após a conclusão da implantação da Fase 4;

b) O valor previsto para o custo hospitalar foi estimado com base nos valores de outra unidade da rede, o HMIB, que por sua vez apresenta em seus valores de custo o reflexo da realidade enfrentada pela administração direta na saúde do Distrito Federal, que, dentre outros, corresponde a processos de compra e contratação de pessoal excessivamente burocráticos, que dão origem à déficit de Recursos Humanos e materiais necessários ao pleno funcionamento dos serviços prestados, o que significa que se plenamente abastecido e com a disponibilidade da devida carga horária de profissionais para cada serviço, é possível se concluir que os valores apurados para cada centro de custos seriam superiores.

Diante disso, como mencionado anteriormente, no prazo de 06 (seis) meses após a conclusão da implantação da Fase 4 deverá ser realizada nova análise dos custos, por centro de custo, para que, caso necessário, proceda-se os ajustes necessários ao valor do Contrato, devendo nesse caso ser registrado por meio de Termo Aditivo ao Contrato.

16. RECURSOS HUMANOS

16.1. RESPONSABILIDADE DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL PELOS ATOS DE SEUS EMPREGADOS E DE TERCEIROS POR ELA CONTRATADOS

Para a contratação e administração de pessoal a Organização Social deverá observar o que dispõe o Manual de Parâmetros para Dimensionamento da Força de Trabalho da rede SES/DF (15129708), disponível em seu sítio eletrônico oficial (www.saude.df.gov.br), quanto aos requisitos mínimos de carga horária para cada tipo de serviço prestado. Para os serviços prestados pelo HCB e ainda não contemplados no referido Manual, a OSS deverá auxiliar as áreas técnicas da SES/DF, fornecendo as informações necessárias para construção das referências que deverão constar no Manual para esses serviços.

Deverá ainda ser obedecido o disposto no Decreto Distrital nº 30.136, de 05 de março de 2009, estabelece as normas gerais sobre a organização e gestão dos recursos humanos a serem observadas pelas Organizações Sociais assim qualificadas no âmbito do Distrito Federal, que assim determina:

> *"Art. 1º. As Organizações Sociais, assim qualificadas no Distrito Federal nos termos da Lei nº 4.081/2008 e suas alterações, deverão observar, quando da contratação e gestão dos seus recursos humanos, as seguintes normas, que deverão estar previstas nos respectivos Contratos de Gestão:*
>
> *I - Observância dos princípios da impessoalidade, legalidade, moralidade, publicidade e eficiência, mediante adoção de regras e critérios técnicos para o recrutamento e seleção dos seus empregados;*
>
> *II - Realização de processo seletivo para contratação dos empregados com ampla divulgação nos meios de comunicação em todas as suas fases;*
>
> *III - de plano de administração de cargos e salários com foco no reconhecimento do mérito, na capacitação profissional e no desempenho dos seus empregados;*
>
> *IV - Adoção de política de desenvolvimento técnico-profissional dos empregados.*
>
> *V - Reserva de percentual de vagas para as pessoas portadoras de deficiência, com definição de critérios para sua admissão.*
>
> *Art. 2º. É vedada a contratação, pelas Organizações Sociais, para cargos de direção e assessoramento e para cargos técnicos administrativos de apoio às gerências, de cônjuges ou parentes até o 3º grau, de Conselheiros e Diretores.*
>
> *Art. 3º. As funções de confiança não estão sujeitas a processo seletivo e se referem a cargos de direção, assessoramento e cargos técnico-administrativos de apoio à gerência, cujo provimento é de livre escolha e de responsabilidade do Conselho de Administração ou órgão similar da Organização Social.*
>
> *Parágrafo único - O preenchimento dos cargos técnico-administrativos de apoio à gerência não poderá ultrapassar 5% (cinco por cento) do total de empregados destinados à execução dos serviços previstos no contrato de gestão.*
>
> *Art. 4º. O plano salarial, obrigatoriamente, deverá levar em consideração a capacidade financeira e equilíbrio orçamentário da Organização Social.*
>
> *Parágrafo único - Os salários deverão ser estabelecidos conforme os padrões utilizados no mercado de trabalho para cargos com responsabilidades semelhantes.*
>
> *Art. 5º. A Organização Social deverá elaborar Manual de Recursos Humanos, o qual deverá dispor sobre os procedimentos a serem adotados, observados os seguintes aspectos:*
>
> *a) seleção para admissão do pessoal;*
>
> *b) especificação dos cargos não sujeitos ao processo seletivo e critérios para seu preenchimento;*
>
> *c) direitos e deveres dos empregados;*
>
> *d) regime disciplinar, normas de apuração de responsabilidade e penalidades;*
>
> *e) formação e treinamento do pessoal;*
>
> *f) plano de carreiras, cargos e funções gratificadas;*
>
> *g) benefícios e vantagens para os empregados."*

A Organização Social será responsável exclusiva e diretamente por qualquer tipo de dano causado por seus agentes à SES/DF ou a terceiros na execução do Contrato de Gestão, não excluída ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração.

A Organização Social também será a exclusiva responsável por eventuais danos oriundos de relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores e prestadores de serviços;

Os profissionais contratados pela Organização Social para a prestação dos serviços clínicos deverão ter comprovada capacidade técnica, com formação adequada ao serviço desempenhado, e estar em dia com suas obrigações junto aos conselhos de classe;

Os profissionais responsáveis pelos serviços médicos deverão ter formação em curso de medicina, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, devendo ainda estar registrados no respectivo conselho profissional;

Os profissionais responsáveis pelos serviços de enfermagem deverão estar registrados no respectivo conselho profissional, e, ainda, possuir formação em curso de enfermagem, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, ficando vedada a contratação de Técnicos de Enfermagem como substituto para a realização das atividades específicas de Enfermeiro;

Os demais profissionais envolvidos diretamente na prestação dos serviços de atenção à saúde deverão estar registrados nos respectivos conselhos profissionais e atender às normas e requisitos próprios, conforme a regulamentação do Ministério da Saúde;

Os contratos entre a Organização Social e terceiros reger-se-ão pelas normas de direito privado, não se estabelecendo relação de qualquer natureza entre os terceiros e o Poder Público;

A Organização Social deverá arcar com qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza causados à SES/DF e/ou a terceiros, em consequência de erro, negligência, ou imperícia, próprias ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados.

Na hipótese de subcontratação, os contratos entre a Organização Social e os subcontratados deverão prever cláusula de possibilidade de sub-rogação à SES/DF ou a Organização Social que a suceder em caso de encerramento do Contrato de Gestão durante a vigência dos contratos com seus subcontratados, visando à continuidade da prestação adequada dos serviços;

A Organização Social que vier a celebrar o Contrato de Gestão objeto deste Projeto Básico assumirá integralmente a responsabilidade pelos contratos de trabalho vigentes à época do início da vigência do novo Contrato de Gestão, com objetivo de se resguardar a manutenção da assistência prestada no HCB, devido ao nível de especialidade e treinamento dos funcionários do Hospital, além de se preservar o cumprimento da legislação trabalhista a que se vinculam os contratos de trabalho celebrados diretamente pela Organização Social.

Em caso de necessidade de substituição desses funcionários em percentual igual ou superior à 10% (dez por cento), em prazo inferior à 06 (seis) meses, a Organização Social deverá documentar essa necessidade, incluindo as devidas justificativas para as substituições, submetendo à análise da CACGR, que poderá requisitar manifestação das áreas técnicas competentes da SES/DF, caso julgue necessário.

A SES/DF poderá solicitar, a qualquer tempo, informações sobre a contratação de terceiros para a execução dos serviços do Contrato de Gestão, inclusive para fins de comprovação das condições de capacitação técnica e financeira.

A Organização Social é responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do Contrato, não podendo ser imputada qualquer responsabilidade à SES/DF.

Todos os funcionários e terceiros contratados pela OSS deverão portar identificação (crachás) e estar devidamente uniformizados quando estiverem no exercício de funções nas dependências da unidade hospitalar, após aprovação da SES/DF quanto ao desenho e lay out;

A OSS deverá dispor de mecanismos para pronta substituição de seus profissionais em caso de faltas, de forma a não interromper ou prejudicar os serviços prestados à população.

Todos os profissionais contratados e cedidos deverão passar por cursos de reciclagem/capacitação e treinamentos, com comprovação de frequência e/ ou certificado.

A OSS responsabiliza-se civil e criminalmente perante os usuários, por eventual indenização de danos materiais e/ou morais decorrentes de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência, decorrentes de atos praticados por profissionais, subordinados à OSS, no desenvolvimento de suas atividades.

16.2. **CESSÃO**

A possibilidade de haver cessão de servidores estatutários da SES/DF, cedidos para o cumprimento de suas atividades no Hospital Criança, sob administração da Organização Social com a qual se celebrará o novo Contrato de Gestão foi prevista inicialmente na Lei Distrital n.º 2.415, de 06 de julho de 1999, que tratava da qualificação de entidades como organizações sociais no âmbito do Distrito Federal, que assim versava acerca do tema:

> *"Art. 14. É facultado ao Poder Executivo a cessão especial de servidor para as organizações sociais, com ônus para a origem.*
>
> *§ 1° Não será incorporada aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor cedido qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela organização social.*
>
> *§ 2° Não será permitido o pagamento de vantagem pecuniária permanente por organização social a servidor cedido com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção ou de assessoria.*
>
> *§ 3° O servidor cedido perceberá as vantagens do cargo a que fizer jus no órgão de origem, quando ocupante de cargo de primeiro ou segundo escalão na* organização social. *"*

Todavia, a Lei Distrital n.º 4.081/2008, em seu artigo n.º 25 revogou expressamente a citada norma:

> *"Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário, especialmente a Lei nº 2.415, de 6 de julho de 1999. "*

Com isso, apesar de regular a matéria integralmente, a Lei n.º 4.081/2008 não tratou da cessão de servidores da mesma forma, tendo sido mantido, apenas um dispositivo acerca do tema, que, na interpretação da Procuradoria Geral do Distrito Federal – PGDF, por meio de sua Procuradoria de Pessoal-PROPES, exposta no Parecer n.º 355/2012-PROPES/PGDF, de 27 de janeiro de 2012, pode fundamentar as cessões de pessoal às Organizações Sociais, qual seja, o art. 13, §2°, a seguir transcrito:

> *"Art. 13. Às Organizações Sociais poderão ser destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do Contrato de Gestão.*
>
> *(...) § 2° Poderá ser adicionada aos créditos orçamentários destinados ao custeio do contrato de gestão parcela de recursos para compensar desligamento de servidor cedido, desde que haja justificativa expressa da necessidade pela organização social.*

(...)"

Nos termos do mencionado Parecer:

> *"Conquanto bastante confusa a redação do citado dispositivo, pois não se vislumbra qual o significado e alcance da expressão "desligamento de servidor cedido", o fato é que, implicitamente, a referida norma previu a figura da cessão para as organizações sociais.*
>
> *Observa-se que a citada norma não foi revogada, quanto a este ponto, pelo novo regime jurídico dos servidores públicos do Distrito Federal, lei Complementar n.º 840/11, tratando-se de norma específica referente à possibilidade de cessão para as organizações sociais, permanecendo, pois, em vigor.*
>
> *Ocorre que, sem embargo do permissivo legal, a referida cessão não é isenta de requisitos a serem observados, principalmente em relação ao custeio do pagamento da remuneração do servidor cedido.*
>
> *Com efeito, nota-se que o contrato de gestão deve estipular o valor total dos gastos com o pessoal da organização social, não sendo possível que o Distrito Federal, por exemplo, efetue o pagamento do valor total do contrato, incluindo a quantia destinada ao pagamento de pessoal, e ainda efetue a cessão de servidores, custeados pelo tesouro local. "*

Confere legitimidade à interpretação da PGDF a previsão contida na Lei Federal n.º 9.367, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, na qual, conforme já tratado no presente documento, devem basear-se os Estados para regulamentar o tema de forma local:

> *"Art. 12. Às organizações sociais poderão ser destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão.*
>
> *(...)*
>
> *§ 2º Poderá ser adicionada aos créditos orçamentários destinados ao custeio do contrato de gestão parcela de recursos para compensar desligamento de servidor cedido, desde que haja justificativa expressa da necessidade pela organização social.*
>
> *(...)*
>
> *Art. 14. É facultado ao Poder Executivo a cessão especial de servidor para as organizações sociais, com ônus para a origem.*
>
> *§ 1º Não será incorporada aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor cedido qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela organização social.*
>
> *§ 2º Não será permitido o pagamento de vantagem pecuniária permanente por organização social a servidor cedido com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção e assessoria.*

(...)"

Não obstante a necessidade de se observar criteriosamente os requisitos legais para o processo de cessão, que deve ser norteado pela Subsecretaria de Gestão de Pessoas, da SES/DF, área técnica competente para tratar da matéria, ressalta-se a publicação do Decreto Distrital nº 34.239, de 26 de março de 2013, pelo qual foi delegada ao Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal competência para praticar ato de cessão de servidor da Secretaria de Estado de Saúde para o Hospital da Criança de Brasília José Alencar, tendo em vista o Contrato de Gestão vigente à época, nº 01/2011-SES/DF.

Isto posto, para além do rito formal a ser seguido para cessão dos servidores, de responsabilidade da SUGEP, para que a cessão seja viabilizada, preliminarmente, deverão ser atendidos os seguintes requisitos:

I - A cessão de servidões ao HCB é condicionada ao efetivo desempenho de ações relativas à saúde, de interesse do Distrito Federal, em consonância à vedação constante no Decreto n° 28.763/2008, que trata da cessão de servidores da área de educação, saúde e segurança, em razão do seu financiamento com recursos do fundo constitucional;

II - Não haverá cessão de servidor em estágio probatório, em cumprimento ao Artigo n.º 26, II da Lei Complementar n.º 840/11, que permite o referido afastamento apenas para exercício de cargo de natureza especial ou equivalente;

III - A cessão requisição deverá ser feita pela Organização Social, mediante justificativa, que deverá ser enviada à SUGEP/SES, para que esta inste o servidor a se manifestar quanto ao cumprimento de sua carga horária no HCB, adotando as demais medidas de sua competência;

IV - A cessão para a organização social deve estar condicionada ao abatimento do valor da remuneração do servidor cedido, quando do repasse do valor do Contrato de Gestão pelo Distrito Federal, descontando-se do valor contratual destinado ao pagamento de pessoal;

V - O cumprimento de carga horária parcial pelo servidor da SES/DF no HCB implica em abatimento no repasse mensal do Contrato de Gestão, de valor equivalente ao da remuneração, proporcional às horas prestadas no HCB.

VI - O valor da remuneração do pessoal cedido ao HCB, a ser abatido do repasse do Contrato de Gestão, deverá ser informado mensalmente à Comissão de Acompanhamento de Contratos de Gestão e Resultados – CACGR, pela SUGEP, até o 1º dia útil do mês subsequente ao mês de competência do pagamento.

É vedado à OSS ceder a qualquer instituição, pública ou privada, tanto seus empregados quanto os servidores a ele cedidos pela SES/DF, resguardadas relações estabelecidas por meio de Termos de Cooperação Técnica entre entidades, desde, devidamente justificados, que não implique em cumprimento integral da carga horária do servidor/empregado e em desvio de função da atividade assistencial do servidor.

17. DOS BENS MÓVEIS E IMÓVEIS

Os bens móveis e imóveis serão disponibilizados à OSS mediante Termo de Permissão de Uso específico, elaborado nos termos da legislação vigente.

Em caso de extinção da OSS os respectivos Termos de Permissão serão automaticamente revogados, retornando o patrimônio de forma imediata à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, ou transferido para outra OSS qualificada na forma da Lei, que venha a substituir a primeira mediante assinatura de Contrato de Gestão com a SES/DF.

Quanto aos equipamentos e mobiliário que venham a ser adquiridos pela OSS com recursos do Contrato de Gestão, ao longo do período de vigência deste, assim que tomar conhecimento por meio dos Relatórios de Prestação de Contas da OSS, a CACGR deverá comunicar à área técnica responsável pela gestão do patrimônio da SES/DF, que deverá adotar todas as providências para incorporação do bem, em conformidade com a legislação vigente.

Após concluídos os procedimentos administrativos de incorporação do bem, a área

técnica da SES/DF, responsável pelo patrimônio, deverá comunicar à CACGR, que adotará as providências para formalização do respectivo Termo de Permissão de Uso.

A manutenção de todos os equipamentos e mobiliário utilizados no HCB, assim como do imóvel, é responsabilidade da OSS, que utilizará para isso os recursos destinados ao Contrato de Gestão.

18. TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS, AVALIAÇÃO E CONTROLE

Por meio da gestão feita pela OSS, o HCB deverá cumprir metas de quantidade e de qualidade para assegurar a transferência da totalidade do orçamento para ele estabelecido, baseada na produção efetiva dos serviços acordados, atestada pela CACGR da SES-DF.

A transferência de 90% (noventa por cento) do orçamento anual é condicionada ao cumprimento de metas quantitativas definidas no Anexo I deste Projeto Básico, acompanhadas mensalmente por meio do comparativo entre a produção pactuada no Contrato de Gestão e a efetivamente realizada.

Os dados de produção são encaminhados mensalmente pela, por meio dos Relatórios de Prestação de Contas e são validados pela CACGR, que tem como subsídio para essa análise as informações dos Sistemas de Informação Hospitalar (SIH) e Ambulatorial (SIA) do Ministério da Saúde, fornecidas pela área técnica responsável da SES/DF.

As metas de produção assistencial devem ser revistas sempre que detectada a necessidade pela CACGR, mediante discussão entre as partes, de modo a reestabelecerem, quando necessário, o volume de serviço a ser prestado pelas diferentes especialidades em relação.

Variações na produção aferida de mais ou menos 10% por linha de ação, não modificarão o valor da transferência da parcela de repasse mensal. Se as variações forem superiores, será aplicada uma fórmula de cálculo que prevê variações, para mais ou para menos, contemplando principalmente a repercussão dessa variação nos custos fixos.

Em conformidade com a Lei nº. 4.081, de 04 de janeiro de 2008, a OSS deverá prestar contas dos valores transferidos pela SES, em relatório a ser enviado mensalmente à CACGR.

As metas de qualidade representam 10% do orçamento estabelecido para o hospital e esse percentual do orçamento estipulado só será repassado se a unidade atingir, de fato, os objetivos propostos. Essa avaliação é feita a cada três meses com base em informações enviadas mensalmente à SES e busca mensurar o desempenho médico-assistencial, o alcance de objetivos de organização e a eficiência administrativa.

A parcela financeira relacionada às metas de qualidade será paga mensalmente e avaliada trimestralmente. Caso não sejam alcançadas todas as metas, o desconto proporcional ocorrerá nos meses subsequentes.

19. TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS

Os recursos financeiros serão transferidos no início até o 5º (quinto) dia útil de cada mês, de acordo com a parcela mensal definida no cronograma de desembolso do Contrato de Gestão, conforme Anexo IX.

Os recursos transferidos pela SES/DF à OSS Contratada serão mantidos por esta, em conta especialmente aberta para a execução do Contrato de Gestão, no Banco de Brasília – BRB, e os respectivos saldos, se a previsão de seu uso for igual ou superior a um mês, serão obrigatoriamente aplicados, conforme previsão legal.

Para efeito de transferência, a OSS deverá seguir os seguintes critérios:

- Encaminhar até o 3º (terceiro) dia útil de cada mês:
  - Certidão negativa de Débitos junto ao GDF;
  - Certidão de Débitos relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União;
  - Certificado de Regularidade do FGTS – CRF; e
  - Certidão negativa de Débitos Trabalhistas.
- Possuir uma conta corrente única no Banco de Brasília – BRB exclusiva para as movimentações bancárias dos recursos do Contrato de Gestão;
- Apresentar mensalmente extratos bancários de movimentação de conta corrente e de investimentos, demonstrando a origem e a aplicação dos recursos;
- Disponibilizar informações financeiras e gerenciais para auditorias realizadas por empresas externas ou demais órgãos de regulação e controle do Distrito Federal;
- Todas as informações relacionadas aos recursos repassados e demonstrativos gerenciais ficarão permanentemente à disposição da SES/DF.

19.1. DO USO DOS RECURSOS PELA OSS

Os pagamentos realizados pela OSS a terceiros deverão ser feitos exclusivamente mediante cheque nominativo, ordem bancária (OB), transferência eletrônica disponível (TED) e cartão bancário corporativo, ou ainda *software* de gerenciamento financeiro, e que fiquem registradas a destinação do valor e a identificação do respectivo credor ou beneficiário final, não sendo permitido saque em espécie.

Conforme dispõe o Decreto Federal n.º 9.190, de 1º de novembro de 2017, que regulamenta o disposto no art. 20 da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998:

> *"(...)*
>
> *Art. 17. O órgão supervisor ou a entidade supervisora deverá, nos termos do parágrafo único do art. 7º da Lei nº 9.637, de 1998, introduzir cláusulas no contrato de gestão que disporão sobre:*
>
> *I - A vinculação obrigatória dos recursos de fomento público com metas e objetivos estratégicos previstos no contrato de gestão;*
>
> *II - Criação de reserva técnica financeira para utilização em atendimento a situações emergenciais;*
>
> *(...)"*

A OSS manterá uma reserva técnica de recursos, até o limite de 15 % do valor anual do contrato, caracterizada como saldo em caixa para fazer face às despesas imprevistas não calculadas para definição do valor do Contrato, decorrentes da implantação dos serviços previstos para cada fase do Contrato.

A reserva técnica também poderá ser utilizada para manutenção dos serviços em caso de eventual atraso no pagamento das parcelas de repasse e para a realização de reformas de adequação da área física do HCB e/ou contratação de serviços necessários ao adequado cumprimento do Contrato de Gestão, que não tenham sido previstas no projeto original.

A movimentação dos recursos da reserva técnica será acompanhada pela CACGR por meio das informações prestadas mensalmente pela OSS quanto à sua aplicação, consignadas nos relatórios de prestação de contas.

A reserva técnica será avaliada trimestralmente pela CACGR e, quando superar o montante previsto, a diferença poderá ser descontada na parcela de repasse subsequente.

Em caso de utilização de utilização da reserva técnica para as finalidades previstas, a OSS poderá realizar sua recomposição com saldo proveniente de recursos de custeio, quando houver.

19.2. OUTROS RECURSOS

É facultado à OSS buscar outras fontes de recursos para custeio ou investimento, tais como doações, contrapartidas, patrocínio, parceria, segundo regulamento próprio, desde que revertidos ao HCB.

Os bens adquiridos com recursos provenientes de outras fontes deverão, da mesma forma, ser transferidos ao patrimônio da SES/DF, nos termos do Contrato de Gestão.

20. ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

20.1. INDICADORES DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

20.1.1. Produção

Ainda que, como já demonstrado, o objeto do Contrato de Gestão não represente compra de serviços de forma complementar, que seriam pagos mediante comprovação da produção, mas sabendo-se tratar do **fomento a entidade sem fins lucrativos que atue no campo da assistência à saúde, nesse caso especificamente** na área de atuação de Hospital Pediátrico Especializado de média e alta complexidade, é importante esclarecer que os procedimentos que compõe o objeto contratual encontram-se previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM do SUS.

Considerando que, conceitualmente, entende-se que a prioridade maior é a assistência integral ao paciente e que a Tabela Unificada SUS não contempla o universo das práticas médicas reconhecidas, os procedimentos realizados e necessários à assistência, que não disponham de códigos equivalentes na Tabela Unificada SUS, serão agregados à produção do Hospital, de acordo com o grupo assistencial a que pertença e serão especificados no Relatório Mensal de Produção.

A aferição dos serviços produzidos pelo HCB para fins de verificação de cumprimento da

produção pactuada será realizada usando-se como referência a própria Tabela Unificada do SUS, considerando os grupos, os códigos, as descrições, os atributos e as compatibilidades dos procedimentos elencados na referida tabela.

Com intuito de abordar com a adequada propriedade a utilização da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM do SUS, apresentamos a seguir breve elucidação sobre a forma de organização das informações na referida tabela.

A Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM do SUS foi estabelecida com uma estrutura organizacional hierarquizada em Grupos, Subgrupos, Formas de Organização e Procedimentos, estes codificados com dez dígitos numéricos.

A hierarquia Grupo corresponde ao nível mais amplo de agregação da Tabela de Procedimentos do SUS (primeiro nível), reunindo os procedimentos de determinada área de atuação, de acordo com a finalidade das ações a serem desenvolvidas.

A hierarquia Subgrupo, por sua vez, equivale ao segundo nível de agregação da tabela, agrupando os procedimentos por tipo de área de atuação.

Já a Forma de Organização representa o terceiro nível de agregação da tabela, reunindo os procedimentos por diferentes critérios, que podem ser a área anatômica; os diferentes sistemas do corpo humano; as especialidades; os tipos de exames clínicos; os tipos de órteses e próteses; os tipos de cirurgias ou outro critério diferente estabelecido pela área técnica correspondente.

O Procedimento, por fim, é o menor nível de agregação da tabela ou quarto nível, correspondendo ao detalhamento do método, do processo, da intervenção ou da ação de saúde que será realizada no paciente ou no ambiente e, ainda, podendo representar a ação de controle ou acompanhamento de atos complementares e administrativos ligados, direta ou indiretamente, ao atendimento de usuários no SUS.

Cada procedimento possui um conjunto de atributos definidos, que são características inerentes a ele, caracterizando-o de forma exclusiva e tornando possível a operacionalização do processamento nos sistemas de produção ambulatorial e hospitalar. Os atributos podem estar relacionados ao próprio procedimento, ao estabelecimento de saúde, ao usuário ou ao tipo de financiamento definido na Política de Saúde do SUS.

Há, no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS, diversas compatibilidades estabelecidas entre os procedimentos e definidas por meio de portarias específicas. Existem compatibilidades de diferentes tipos, assim como excludências e concomitâncias. Os últimos tipos de compatibilidades inseridas no sistema foram a Compatibilidade Sequencial e a Compatibilidade Obrigatória.

A Compatibilidade Sequencial permite a explicitação de 104 compatibilidades entre Procedimentos Principais com o procedimento principal constante na primeira linha do Sequencial, desde que sejam de subgrupos distintos da Tabela do SUS.

Procedimentos sequenciais correspondem a atos cirúrgicos com vínculo de continuidade, interdependência e complementaridade, realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, devido à mesma doença, executados através de única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico.

A referida compatibilidade possibilita, ainda, que esses procedimentos não se tornem automaticamente excludentes com os demais procedimentos não compatibilizados com ele na Tabela de Procedimentos do SUS. A Compatibilidade Obrigatória está baseada na exigência da informação, no SIH/SUS, das OPMs que devem ser utilizadas na realização de determinado procedimento principal ou especial, sendo que, sem a informação/utilização das OPMs, é impossível a realização do procedimento.

Dada a extensão da Tabela, será utilizado o conjunto de códigos individualizados ou agregados por grupo, subgrupo e forma de organização presentes na estrutura da tabela Unificada SUS, de acordo com a capacidade instalada, equipamentos específicos e mão de obra especializada disponível no HCB.

Abaixo são especificados, por grupo, os procedimentos a serem computados para aferição do cumprimento das metas quantitativas:

20.1.2. **GRUPO - CONSULTAS MÉDICAS DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS**

Aferição através do somatório dos procedimentos constantes na Tabela Unificada SUS, dos códigos:

- **03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA**
- **Procedimentos do Grupo 03 (tratamentos Clínicos)**
  - Subgrupo 01 (Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos)
    - Forma de Organização 12 (Atendimentos / Acompanhamentos de Diagnósticos de Doenças Endócrinas / Metabólicas e Nutricionais).

20.1.3. **GRUPO II - CONSULTASE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR ESSENCIAL**

Aferição através do somatório dos procedimentos realizados, constantes na Tabela Unificada SUS, dos procedimentos a seguir descritos:

- **Procedimentos do Grupo 01 (Ações de promoção e prevenção em saúde)**
  - Subgrupo 01 (Ações coletivas / individuais em saúde)
    - Formas de organização:
      - 01 (Educação em Saúde)
      - 02 (Saúde Bucal)
      - 03 (Visita Domiciliar)
      - 04 (Alimentação e Nutrição)
- **Procedimentos do Grupo 02 (Procedimentos com Finalidade Diagnóstica)**
  - Subgrupo 11 (Métodos Diagnósticos em Especialidades)
    - Forma de Organização: 03 (Diagnóstico Cinético Funcional)
- **Procedimentos do Grupo 03 (Procedimentos Clínicos)**
  - Subgrupo 01 (Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos)
    - Formas de organização:
      - 01 (Consultas Médicas / Outros Profissionais de nível superior (exceto código 03.01.01.007-2)
      - 04 (Outros atendimentos realizados por profissionais de nível superior)
      - 07 (Atendimento / Acompanhamento em reabilitação física, mental, visual e múltiplas deficiências)
      - 08 (Atendimento / Acompanhamento Psicossocial)
- **Procedimentos do Grupo 03 (Procedimentos Clínicos)**
  - Subgrupo 02 (Fisioterapia)
    - Formas de organização: Todas (01 a 07)
- **Procedimentos do Grupo 03 (Procedimentos Clínicos)**
  - Subgrupo 03 (Tratamentos Clínicos)
    - Formas de organização: 05 (Tratamento de Doenças da Visão)
- **Procedimentos do Grupo 03 (Procedimentos Clínicos)**
  - Subgrupo 07 (Tratamentos Odontológicos)
    - Formas de organização: Todas (01 a 04)
- **Procedimentos do Grupo 04 (Procedimentos Cirúrgicos)**
  - Subgrupo 14 (Bucomaxilofacial)
    - Formas de organização: 02 (Cirurgia Oral)

Na tabela abaixo, reproduz-se, de forma sintética o acima explicitado, para aferição do Grupo II - Consultas e Procedimentos de Assistência Complementar Essencial:

GRUPO	SUB-GRUPO	FORMA DE ORGANIZAÇÃO	OBSERVAÇÃO
1	1	01 / 02 / 03 / 04	Diversos
2	11	3	Diversos
3	1	01 / 04 / 07 / 08	Diversos. Exceto códigos 0301010072
3	2	Todas	Diversos
3	3	5	Diversos
3	7	01 / 02 /03 / 04	Diversos

4	14	2	Diversos

20.1.4. **GRUPO III - PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS**

Aferição através do somatório dos procedimentos constantes na Tabela Unificada SUS, dos procedimentos a seguir descritos:

- **Procedimentos do Grupo 02 (Procedimentos com finalidade diagnostica)**
  - Subgrupo 01 (Coleta de Material)
    - Forma de Organização 01 (Coleta de material por meio de punção ou biopsia)
- **Procedimentos do Grupo 02 (Procedimentos com finalidade diagnostica)**
  - Subgrupo 09 (Diagnostico por endoscopia)
    - Formas de organização: Todas (01 a 04)
- **Procedimentos do Grupo 02 (Procedimentos com finalidade diagnóstica)**
  - Subgrupo 08 (Diagnostico por Medicina Nuclear in vivo)
    - Formas de organização: Todas (01 a 09)
- **Procedimentos do Grupo 03 (Procedimentos Clínicos)**
  - Subgrupo 03 (Tratamentos Clínicos – Outras Especialidades)
    - Formas de organização:
      - 02 (Tratamento de doenças do sangue, órgãos hematopoeticos e alguns transtornos imunitários)
      - 07 (Tratamento de Doenças do Aparelho Digestivo)
- **Procedimentos do Grupo 03 (Procedimentos Clínicos)**
  - Subgrupo 04 (Tratamento em oncologia)
    - Formas de organização:
      - 01 (Radioterapia)
      - 07 (Quimioterapia de Tumores de Criança e Adolescente)
      - 08 (Quimioterapia – Procedimentos especiais)
- **Procedimentos do Grupo 03 (Procedimentos Clínicos)**
  - Subgrupo 05 (Tratamento em Nefrologia)
    - Formas de organização: 01 (Tratamento Dialítico)
- **Procedimentos do Grupo 03 (Procedimentos Clínicos)**
  - Subgrupo 09 (Terapias especializadas)
    - Formas de organização:
      - 01 (Terapia Nutricional)
      - 02 (Terapias em Doenças Alérgicas)
      - 09 (Acessos Venosos)
- **Procedimentos do Grupo 04 (Procedimentos Cirúrgicos)**
  - Subgrupo: Todos, realizados na modalidade 01 (Ambulatorial)
  -

Na tabela abaixo, reproduz-se, de forma sintética o acima explicitado, para aferição do Grupo III – Procedimentos Especializados:

GRUPO	SUB-GRUPO	FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTOS
2	1	1	Proc. Diversos na Modalidade 01 (Ambulatorial)
2	8	Todas	Proc. Diversos
2	9	01 / 02 / 03 / 04	Proc. Diversos
3	3	02/jul	Proc. Diversos
3	4	01/07/2008	Proc. Diversos
3	5	1	Proc. Diversos
3	9	01/02/2009	Proc. Diversos
4	Todos	Todas	Proc. Diversos na Modalidade 01 (Ambulatorial)

20.1.5. **GRUPO IV - EXAMES POR MÉTODOS GRÁFICOS**

Aferição através do somatório dos procedimentos constantes na Tabela Unificada SUS, dos procedimentos a seguir descritos:

- **Procedimentos do Grupo 02 (Procedimentos com finalidade diagnostica)**
  - Subgrupo 11 (Métodos Diagnósticos em especialidades)
  - Formas de organização:
    - 02 (Diagnostico em Cardiologia)
    - 05 (Diagnostico em Neurologia)
    - 06 (Diagnostico em Oftalmologia)
    - 07 (Diagnostico em Otorrinolaringologia / Fonoaudiologia)
    - 08 (Diagnostico em Pneumologia)
    - 09 (Diagnostico em Urologia)

Na tabela abaixo, reproduz-se, de forma sintética o acima explicitado, para aferição do Grupo IV – Exames por Métodos Gráficos:

GRUPO	SUB-GRUPO	FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTOS
2	11	02 / 05 / 06 / 07 / 08 / 09	Proc. Diversos

20.1.6. **GRUPO V - EXAMES LABORATORIAIS**

Aferição através do somatório dos procedimentos constantes na Tabela Unificada SUS, dos procedimentos a seguir descritos:

- **Procedimentos do Grupo 02 (Procedimentos com finalidade diagnóstica)**
  - Subgrupo 02 (Diagnostico em Laboratório Clinico)
    - Formas de organização: Todas (01 a 12)
- **Procedimentos do Grupo 02 (Procedimentos com finalidade diagnóstica)**
  - Subgrupo 03 (Diagnostico por Anatomia Patológica e Citopatologia)
    - Formas de organização: Todas (01 e 02)
- **Procedimentos do Grupo 02 (Procedimentos com finalidade diagnóstica)**
  - Subgrupo 12 (Diagnostico e procedimentos especiais em hemoterapia)
    - Formas de organização: 01 (Exames do Doador / Receptor)
- **Procedimentos do Grupo 02 (Procedimentos com finalidade diagnóstica)**
  - Subgrupo 14 (Diagnostico por Teste Rápido)
    - Formas de organização: 01 (Teste realizado fora da estrutura de laboratório)

Na tabela abaixo, reproduz-se, de forma sintética o acima explicitado, para aferição do Grupo V – Exames Laboratoriais:

GRUPO	SUB-GRUPO	FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTOS
2	2	Todas	Proc. Diversos
2	3	Todas	Proc. Diversos
2	12	1	Proc. Diversos
2	14	1	Proc. Diversos

20.1.7. **GRUPO VI - EXAMES DE BIOIMAGEM**

Aferição através do somatório dos procedimentos constantes na Tabela Unificada SUS,

dos procedimentos a seguir descritos:

- **Procedimentos do Grupo 02 (Procedimentos com finalidade diagnóstica)**
  - Subgrupo 04 (Diagnostico por Radiologia)
    - Formas de organização: Todas (01 a 06)
- **Procedimentos do Grupo 02 (Procedimentos com finalidade diagnóstica)**
  - Subgrupo 05 (Diagnostico por Ultrassonografia)
    - Formas de organização: Todas (01 e 02)
- **Procedimentos do Grupo 02 (Procedimentos com finalidade diagnóstica)**
  - Subgrupo 06 (Diagnostico por Tomografia)
    - Formas de organização: Todas (01 a 03)
- **Procedimentos do Grupo 02 (Procedimentos com finalidade diagnóstica)**
  - Subgrupo 07 (Diagnostico por Ressonância Magnética)
    - Formas de organização: Todas (01 a 03)

Na tabela abaixo, reproduz-se, de forma sintética o acima explicitado, para aferição do Grupo VI – Exames de Bioimagem:

GRUPO	SUB-GRUPO	FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTO
2	4	todas	Proc. Diversos
2	5	todas	Proc. Diversos
2	6	todas	Proc. Diversos
2	7	Todas	Proc. Diversos

20.1.8. **GRUPO VII - CIRURGIAS REALIZADAS EM REGIME DE HOSPITAL DIA**

Aferição através do somatório dos procedimentos realizados na modalidade 03, HOSPITAL DIA da Tabela Unificada SUS, conforme especificado abaixo:

- **Procedimentos do Grupo 04 (Procedimentos cirúrgicos)**
  - Subgrupo: Todos (01 a 18)
    - Forma de Organização: Todas

Na tabela abaixo, reproduz-se, de forma sintética o acima explicitado, para aferição do Grupo VII – Cirurgias realizadas em regime de hospital dia:

GRUPO	SUB-GRUPO	FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTO
4	Todos	todas	Proc. Diversos na Modalidade 03

20.1.9. **GRUPO VIII - INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

20.1.9.1. **Grupo VIII.a - Internações em Clínica Pediátrica:**

As internações em Clínica Pediátrica serão aferidas pelo número de saídas hospitalares (por alta, transferência ou óbito), na modalidade 02 (hospitalar / AIH), dos procedimentos a seguir descritos:

- **Procedimentos do Grupo 03 (Procedimentos Clínicos), com exceção:**
  - Dos procedimentos do Grupo 03 (Procedimentos Cínicos), Subgrupo 04 (Tratamentos em Oncologia);
  - Dos procedimentos do Grupo 03 (Procedimentos Clínicos), Subgrupo 03 (Tratamentos Clínicos / Outras Especialidades), Forma de Organização 13 (Tratamento de Pacientes sob Cuidados Prolongados).
- **Procedimentos do Grupo 05 (Transplantes de órgãos, Tecidos e Células), com exceção:**
  - Do subgrupo 03 (Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para Transplante).
    - Forma de Organização: Todas.
  - Do Subgrupo 05 (Transplantes de órgãos, Tecidos e Células).
    - Formas de Organização: Todas.

20.1.9.2. **Grupo VIII.b - Internações em Onco-Hematologia Pediátrica:**

As internações em Onco-Hematologia serão aferidas pelo número de saídas hospitalares (por alta, transferência ou óbito) de AIH's, na modalidade 02 (internação) da Tabela Unificada SUS, com procedimentos do:

- **Grupo 03 (Procedimentos Cínicos)**
  - Subgrupo 04 (Tratamentos em Oncologia);
    - Forma de Organização:
      - 07 (Quimioterapia de tumores da criança e adolescente);
      - 08 (Quimioterapias – procedimentos especiais);
      - 10 (Gerais em oncologia).

20.1.9.3. **Grupo VIII.c - Internações em Cirurgia Pediátrica:**

As internações em Clínica Cirúrgica serão aferidas pelo número de saídas hospitalares (por alta, transferência, óbito, etc.), de AIH's da modalidade 02 (internação) da Tabela Unificada SUS, dos procedimentos a seguir descritos:

- **Procedimentos do Grupo 04 (procedimentos Cirúrgicos), com exceção do:**
  - Subgrupo 06 (Cirurgia do Aparelho Circulatório)
    - Formas de Organização:
      - 03 (Cardiologia Intervencionista)
      - 04 (Cirurgia Endovascular)
      - 05 (Eletrofisiologia)
- **Procedimentos do Grupo Grupo 05 (Transplantes de órgãos, tecidos e células)**
  - Subgrupo 03 (Ações relacionadas a Doação de órgãos e tecidos para Transplante)
    - Forma de Organização: Todas.
- **Procedimentos do Grupo Grupo 05 (Transplantes de órgãos, tecidos e células)**
  - Subgrupo 05 (Transplantes de órgãos, tecidos e células)
    - Forma de Organização:
      - 01 (Transplantes de tecidos e células);
      - 02 (Transplantes de Órgãos).

20.1.10. **GRUPO IX - DIÁRIAS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

As Diárias de internação em Unidade de Terapia Intensiva serão aferidas por dia de uso, sendo este quantitativo retirado do somatório dos procedimentos informados na AIH por meio do código 08.02.01.007-5 (diária de unidade de terapia intensiva em pediatria III), e/ou 08.02.01.008-3 (diária de unidade de terapia intensiva em pediatria II), no campo da AIH destinado a informação de procedimentos especiais, na dependência da classificação definida para a UTI do HCB.

20.1.11. **GRUPO X - DIÁRIAS DE CUIDADOS PALIATIVOS**

As Diárias de internação em Unidade de Cuidados Paliativos serão aferidas por dia de uso, sendo este quantitativo retirado do relatório de Diárias de do Sistema SIH-SUS do mês de referência, relativo a procedimentos do:

- **Grupo 03 (Procedimentos Clínicos)**
  - Subgrupo 03 (Tratamentos Clínicos / Outras Especialidades)
    - Forma de Organização 13 (Tratamento de Pacientes sob Cuidados Prolongados)
      - Código 03.03.13.006-7 (tratamento de paciente sob cuidados prolongados por enfermidades oncológicas)

20.1.12. **GRUPO XI - CIRURGIAS EM REGIME DE INTERNAÇÃO:**

As Cirurgias realizadas serão aferidas pelo conjunto dos códigos do grupo 04

(procedimentos cirúrgicos) das AIH's apresentadas na modalidade 02 (Internação).

20.1.13. **GRUPO XII - TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS**

Os transplantes realizados serão aferidos pelos procedimentos realizados do:

- **Grupo 05 (Transplantes de órgãos, tecidos e células)**
  - Subgrupo 05 (Transplantes de órgãos, tecidos e células)
    - Forma de Organização:
      - 01 (Transplantes de tecidos e células);
      - 02 (Transplantes de Órgãos).

20.2. **METAS QUANTITATIVAS**

As metas quantitativas serão divididas em 12 Grupos, que representam os serviços prestados (atualmente e após a completa implantação) no Hospital:

GRUPO I	CONSULTAS MÉDICAS
GRUPO II	ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR ESSENCIAL
GRUPO III	PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS
GRUPO IV	EXAMES POR MÉTODOS GRÁFICOS
GRUPO V	EXAMES LABORATORIAIS
GRUPO VI	EXAMES DE BIOIMAGEM
GRUPO VII	CIRURGIAS REALIZADSA EM HOSPITAL DIA
GRUPO VIII	SAÍDAS HOSPITALARES
GRUPO IX	DIÁRIAS DE UTI
GRUPO X	DIÁRIAS DE CUIDADOS PALIATIVOS
GRUPO XI	CIRURGIAS
GRUPO XII	TRANSPLANTES

Foram selecionados procedimentos do rol das atividades a serem desenvolvidas para composição de metas de produção por grupos de serviços. A produção assistencial deverá ser acompanhada mensalmente pela CACGR, considerando as atividades realizadas frente às metas estabelecidas para cada grupo de serviço.

A produção será avaliada trimestralmente em reunião da CACGR e, em caso de não atingimento de no mínimo pactuado para cada grupo serviço, proceder-se-á a o desconto proporcional, no mês subsequente à deliberação da CACGR.

Em caso de execução abaixo de 75,00% das metas de produção assistencial por período maior de 3 (três) meses consecutivos, poderá ser realizada a revisão das metas de produção assistencial pactuadas por grupo de serviço, dos recursos humanos estimados para execução das atividades contratadas, assim como do valor pactuado.

As eventuais alterações a serem promovidas nas metas de produção assistencial ou no valor correspondente deverão ser necessariamente formalizadas por meio de Termo Aditivo.

A aplicação de desconto em função do descumprimento de metas se dará em periodicidade trimestral.

Com relação aos quantitativos pactuados, em outubro de 2017 foi realizada a revisão das metas do Contrato de Gestão 001/2014 com base na análise das séries históricas de produção do HCB, referentes à metas quantitativas pactuadas, de 01 de março de 2014 até 30 de setembro de 2017, decidindo-se pela utilização da média dos últimos 12 (doze) meses (outubro a setembro de 2017) como referência para o trabalho de revisão à época, de acordo com os Relatórios de Prestação de Contas da Comissão de Acompanhamento do Contrato de Gestão.

Para a elaboração do presente Projeto Básico, foi feita nova análise de série histórica de produção, considerando a data inicial de dezembro de 2017, em razão de ter sido este o mês inicial de vigência das metas pactuadas no Terceiro Termo Aditivo ao Contrato de Gestão n.º 001/2014 e, conforme demonstrado a seguir, procedeu-se o cálculo da média aritmética do período:

Produção Ambulatorial HCB											
Período: dezembro de 2017 a julho de 2018											
Grupos de Assistência	**Mês**										
Assistência Ambulatorial	**dez/17**	**jan/18**	**fev/18**	**mar/18**	**abr/18**	**mai/18**	**jun/18**	**jul/18**	**Total no período**	**Média mensal no período**	**Meta pactuada no Contrato de Gestão 001/2014**
GRUPO I - Consultas Medicas de Especialidades	5.397	5.751	5.455	6.775	6.091	6.152	6.470	5.765	47.856	**5.317**	**7.049**
GRUPO II - Assistência Complementar Essencial	4.867	5.454	4.508	4.972	4.877	4.054	4.471	3.678	36.881	**4.098**	**5.203**
GRUPO III - Procedimentos Especializados	1.584	1.699	1.493	1.637	1.446	1.516	1.585	1.589	12.549	**1.394**	**1.542**
GRUPO IV - Exames por Métodos Gráficos	727	774	683	745	823	832	799	654	6.037	**671**	**841**
GRUPO V - Exames Laboratoriais	21.889	23.668	23.597	24.393	24.602	23.625	24.866	27.970	194.610	**21.623**	**23.898**
GRUPO VI - Exames de Bioimagem	1.468	1.379	1.382	1.465	1.627	1.615	1.596	1.754	12.286	**1.365**	**1.496**
GRUPO VII - Cirurgias em regime de Hospital Dia	70	92	85	78	85	64	74	83	631	**70**	**65**
Assistência Hospitalar									-	-	
GRUPO VIII - Saídas Hospitalares	57	60	55	61	66	66	60	52	477	**53**	**476**
GRUPO IX - Diárias UTI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GRUPO X - Diárias Cuidados Paliativos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GRUPO XI - Cirurgias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GRUPO XII- Transplantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total										**34.592**	**40.570**

Metas Quantitativas Pactuadas - Distribuição por Grupos Assistenciais e Fase de Implantação
Conforme Cláusula Décima Sétima do Contrato de Gestão n.º 001/2014, item 17.1.1.2 "As metas quantitativas dos grupos I a VII e do grupo XII (Anexo V) têm como referência a produção para 22 dias (vinte e dois) dias úteis, devendo ser ajustadas segundo o número de dias úteis em cada mês."

Conforme observado no quadro acima, as metas de produção pactuadas no Contrato de Gestão vigente encontram-se acima da média de produção mensal do HCB no período analisado, em média 14,74%, de tal forma que se mostrou coerente sua manutenção para o contrato novo.

Ressalta-se que as metas acima demonstradas se referem às Fases em que se encontrava a implantação do HCB, sendo elas 1A e 1B.

Para as demais fases, que se relacionam às atividades iniciadas no Bloco II, por tratar-se de unidade hospitalar ainda sem atividades iniciadas, também serão mantidas as metas pactuadas no Contrato n.º 001/2014, devendo seu cumprimento se monitorado mensalmente pela CACGR para serem revisadas e repactuadas quando necessário, nos termos deste edital e do respectivo Contrato de Gestão a ser assinado.

20.2.1. **APRESENTAÇÃO DA PRODUÇÃO MENSAL**

A Organização Social se obriga a apresentar à Gerência de Informações Ambulatoriais e Hospitalares – GEPI, da Diretoria de Controle de Serviços de Saúde – DICS, da Coordenação de Controle de Serviços de Saúde e de Gestão da Informação – CCSGI, da Subsecretaria de Planejamento em Saúde – SUPLANS/SES-DF, de acordo com o cronograma do Ministério da Saúde - MS, o registro da produção mensal pelos Sistemas de Informação do DATASUS, dos pacientes usuários do SUS, para que o mesmo seja processado e enviado para o Ministério da Saúde.

As informações sobre os procedimentos realizados que forem rejeitados pelos sistemas de processamento do DATASUS, não comprovados de outra forma, serão retornadas à Organização Social – OS para as correções cabíveis. A GEPI retornará os relatórios de rejeições assim que houver o fechamento da competência de produção e a deverá reapresentar os procedimentos rejeitados no prazo estipulado pelo cronograma do MS/DATASUS do mês subsequente àquele em que ocorreu a devolução.

Esse fluxo só se aplica às rejeições não relacionadas a falta de habilitação de serviços e problemas relacionados ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, uma vez que estes não retroagem. Toda rejeição de produção por qualquer um desses motivos deverá ser analisada pela Comissão de Acompanhamento do Contrato – CAC para verificação se o pagamento decorrente daquele procedimento rejeitado poderá ou não ser efetivado.

A produção registrada e informada pela própria Unidade, por ocasião das prestações de contas, deverá ser analisada e validada pela CACGR da SES-DF, para verificação de conformidade com a produção aferida pelos sistemas de processamento do DATASUS até o décimo dia útil do mês subsequente a entrega da produção, como subsídio para o cálculo da pontuação atingida e consequente realização dos repasses.

Considerando os prazos de processamento das informações de produção pelos sistemas de processamento do DATASUS, quais sejam:

- Produção ambulatorial: aproximadamente 45 (quarenta e cinco) dias;
- Produção hospitalar: aproximadamente 30 (trinta e cinco) dias.

Tem-se o seguinte cronograma a ser seguido para apresentação, analise, validação e aplicação do respectivo desconto, em caso de descumprimento:

I - Envio da produção hospitalar (AIH) para a GEPI/DICS: Até o dia 10 (dez) mês subsequente ao mês de execução dos serviços, ou conforme cronograma disponibilizado no início de cada ano;

II - Envio da produção ambulatorial para GEPI/DICS: até o dia 07 (sete) do mês subsequente ao mês de execução dos serviços, ou conforme cronograma disponibilizado no início de cada ano;

III - Apuração pelo Ministério da Saúde: até 20 dias após o encerramento da competência pela GEPI/DICS;

IV - Disponibilização das informações à CACGR para validação e apuração do valor a ser descontado em caso de descumprimento e elaboração do respectivo relatório: até 15 dias úteis a contar do recebimento dos dados enviados pela GEPI/DICS.

Para os serviços de Terapia Renal Substitutiva, o HCB deverá enviar as APAC's para a Comissão de Nefrologia da SES-DF, que avaliará e autorizará os procedimentos. Na sequência, deve-se proceder o registro no sistema SIA/SUS.

A relação de APAC's de quimioterapias validas é encaminhada juntamente com a prestação de contas mensal.

20.3. METAS QUALITATIVAS

As metas qualitativas buscam mensurar o desempenho médico-assistencial, o alcance de objetivos de organização e a eficácia administrativa. Os indicadores apresentados representam os critérios estabelecidos e pactuados entre os representantes da SES/DF e do Hospital da Criança de Brasília José Alencar – HCB, os quais podem ser modificados, de comum acordo.

Para fins do objeto do Contrato de Gestão ficam definidas as seguintes Metas Qualitativas:

I - **Procedimentos para a central de regulação da SES/DF**

Disponibilizar 100% dos procedimentos pactuados, por intermédio da central de regulação/SES/DF.

II - **Satisfação dos familiares de pacientes do hospital**

Garantir a satisfação dos responsáveis e familiares ≥ 75%.

III - **Satisfação dos pacientes**:

Garantir a satisfação das crianças e adolescentes pacientes do hospital ≥ 75%.

IV - **Ouvidoria:**

Dar encaminhamento adequado a 80% das manifestações apresentadas.

V - **Taxa de infecção de sítio cirúrgico (ISC):**

Manter a taxa de ISC cirurgias limpas (herniorrafias), dos últimos 12 meses inferior ou igual a 1,0%.

VI - **Densidade de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (IAVC)**:

Manter a densidade de IAVC nos últimos 12 meses inferior ou igual a 20.

VII - **Taxa de ocupação hospitalar:**

Manter a média de ocupação hospitalar **≥** 75%.

VIII - **Taxa de ocupação ambulatorial**

Manter a média de ocupação dos consultórios médicos **≥** 75%

IX - **Média de permanência hospitalar**:

Manter a média de permanência hospitalar **≤** 8 dias.

20.4. PARÂMETROS PARA REPASSE DOS RECURSOS VARIÁVEIS – METAS QUANTITATIVAS

Os recursos variáveis relacionados ao cumprimento das metas quantitativas representam 90% da orçamentação definida no Contrato de Gestão. Esses recursos (90% do valor da parcela mensal) serão repassados conforme o somatório da pontuação obtida em cada um dos diversos grupos de assistência, conforme os parâmetros definidos no Anexo II.

Para a aferição dos pontos obtidos na execução dos serviços de cada um dos grupos assistenciais será considerada a ponderação atribuída ao grupo de assistência, considerando que as metas são alteradas de acordo com a fase de implantação das atividades, a pontuação representa valores diferentes por fase, conforme descrito no Anexo III.

As metas quantitativas de Assistência ambulatorial foram calculadas para 22 (vinte e dois) dias, como média de dias úteis de um mês, por essa razão deverão ser adequadas todos os meses, conforme a quantidade de dias úteis de cada um.

20.5. PARÂMETROS PARA REPASSE DOS RECURSOS VARIÁVEIS – METAS QUALITATIVAS

Os recursos variáveis relacionados ao cumprimento das metas qualitativas representam 10% da orçamentação global definida no Contrato de Gestão. Esses recursos serão distribuídos, proporcionalmente, mediante o cumprimento conforme os parâmetros definidos no Anexo IV.

Os critérios para definição do percentual de cumprimento de Meta Qualitativa encontram-se descritos no Anexo V. A pontuação total será de 1000 pontos. De acordo com a pontuação obtida, será efetuada a transferência dessas respectivas parcelas.

21. ACOMPANHAMENTO E CONTROLE

Ao celebrar o contrato de gestão com o Poder Público, a Organização Social passa a se submeter ao mesmo controle e fiscalização ao qual se submetem os órgãos públicos, em razão da prestação de serviços públicos e da administração dos bens e recursos públicos sob sua responsabilidade.

Esse controle deve ser realizado pelo órgão ou entidade da Administração Pública que celebrou o contrato com a Organização Social, assim como pelos órgãos de controle externo local.

A Lei Distrital n.º 4.081/2008, sobre esse tema, determina que:

> *"Art. 8º A execução do contrato de gestão celebrado por organização social será fiscalizada pelo órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada.*
>
> *§ 1º A entidade qualificada apresentará ao órgão ou entidade do Poder Público supervisora signatária do contrato, a cada três meses ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.*
>
> *§ 2º Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão devem ser analisados, a cada três meses, por comissão de avaliação, indicada pelo Secretário de Estado competente, composta por, pelo menos, 50% (cinquenta por cento) de servidores de carreira da correspondente Secretaria, além de profissionais de notória especialização, que emitirão relatório conclusivo, a ser encaminhado àquela autoridade e ao Tribunal de Contas do Distrito Federal.*
>
> *§ 3º O Secretário de Estado fará publicar, no sítio do Governo na internet e no Diário Oficial, a cada trimestre, os relatórios da comissão de avaliação e da organização social.*
>
> *Art. 9º Os responsáveis pela fiscalização da execução do contrato de gestão, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública por organização social, dela darão ciência ao Tribunal de Contas do Distrito Federal, sob pena de responsabilidade solidária.*
>
> *Art. 10. Sem prejuízo à medida a que se refere o artigo anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, os responsáveis pela fiscalização representarão ao Ministério Público, à Procuradoria Geral do Distrito Federal ou às Procuradorias das respectivas entidades para que requeiram ao juízo competente a decretação de indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.*
>
> *§ 1º O pedido de sequestro será processado de acordo com o disposto nos arts. 822 e 825 do Código de Processo Civil.*
>
> *§ 2º Quando for o caso, o pedido incluirá a investigação, o exame e o bloqueio de bens, contas bancárias e aplicações mantidas pelo demandado no País ou no exterior, nos termos da lei e dos tratados internacionais.*
>
> *§ 3º Até o término da ação, o Poder Público permanecerá como depositário e gestor dos bens e valores sequestrados ou indisponíveis e velará pela continuidade das atividades sociais da entidade.*
>
> *Art. 11. Qualquer cidadão, partido político, associação ou entidade sindical é parte legítima para denunciar irregularidades cometidas pelas organizações sociais ao Tribunal de Contas ou à Câmara Legislativa do Distrito Federal."*

21.1. COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS DE GESTÃO E RESULTADOS

No âmbito da SES/DF esse controle, assim como o acompanhamento da execução é competência da Comissão de Acompanhamento de Contratos de Gestão e Resultados - CACGR, coordenada pela Gerência de Avaliação Técnico Assistencial dos Contratos de Gestão e Resultados - GATCG, da Diretoria de Avaliação e Qualificação da Assistência - DAQUA, da Coordenação Especial de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde - CGCSS, diretamente subordinada ao Gabinete da Secretaria de Saúde do Distrito Federal - SES/DF.

Além da GATCG, a CACGR é composta por (01) um membro titular e (01) um membro suplente, como representantes da: Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde - SAIS; do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal – CRDF; do Fundo de Saúde do Distrito Federal – FSDF; e da Subsecretaria de Planejamento da Saúde – SUPLANS.

Os representantes (titular e suplente) da Subsecretaria de Planejamento da Saúde – SUPLANS participarão da CACGR como membros consultivos.

A Comissão de Acompanhamento dos Contratos de Gestão e Resultado – CACGR tem o papel de monitorar a execução do contrato de gestão celebrado com a SES-DF, identificando o fiel cumprimento das ações previstas no contrato de gestão, principalmente no tocante aos seus custos, acompanhamento das metas e avaliação da qualidade.

A OSS deverá fornecer à CACGR todos os documentos para análise, não sendo este um impeditivo ou substituto para as atividades próprias do sistema de auditoria, controle e avaliação da própria SES-DF.

Sem prejuízo de outras que venham a ser atribuídas, são atividades da CACGR:

- Acompanhar a implantação e a execução do respectivo contrato de gestão;
- Avaliar e propor a adoção de ações complementares para a boa execução das ações propostas;
- Examinar e avaliar a prestação de contas do contrato de gestão, sugerindo quando necessário, medidas para a correção de falhas ou inconsistências encontradas nas referidas prestações de contas;
- Reunir, dar consistência e armazenar os dados e informações da execução do contrato de gestão;
- Requisitar documentos, certidões, informações e diligências necessárias ao desempenho de suas funções, devendo tais requisições serem atendidas pelos partícipes.

21.2. **PRESTAÇÃO DE CONTAS**

A Organização Social enviará mensalmente à CACGR, até o 10º (décimo) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, o relatório parcial de prestação de contas, no qual conterá relatório consolidado da produção contratada x produção realizada; relatório de execução financeira; relatório consolidado do alcance das metas de qualidade (Indicadores), além de outras informações que venham a ser requisitadas.

O Relatório Mensal de Prestação de Contas do Contrato de Gestão, enviado pela OSS até 10º (décimo) dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, deverá conter ainda os seguintes documentos e informações:

- Certidões Negativas de débitos:
  - Certidão negativa de Débitos junto ao GDF;
  - Certidão de Débitos relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União;
  - Certificado de Regularidade do FGTS – CRF; e
  - Certidão negativa de Débitos Trabalhistas.
- Demonstrativo de Despesas;
- Demonstrativo de Folha de Pagamento;
- Cópias das folhas de Controle de Frequência dos servidores cedidos;
- Extrato Bancário de Conta Corrente e Aplicações Financeiras dos recursos recebidos;
- Relatório Consolidado da Produção Contratada X Produção Realizada;
- Relatório Consolidado do alcance das metas de qualidade (Indicadores).
- Relação com identificação dos atendimentos e procedimentos realizados, devidamente segmentados pela sua natureza;
- Estatísticas de óbitos;
- Quaisquer outras informações que a SES/DF julgar relevantes acerca do objeto e da execução do Contrato de Gestão.

O Relatório Mensal de Prestação de Contas do Contrato de Gestão será enviado à CACGR, que disporá de 60 (sessenta) dias para emissão do Relatório de Análise da Prestação de Contas Mensal, que contemplará:

- A avaliação do cumprimento da produção contratada;
- A avaliação do cumprimento das metas qualitativas pactuadas;
- Os valores a serem descontados e/ou ressarcidos referentes à competência em análise;
- Cópia das atas de reuniões ordinárias e/ou extraordinárias realizadas no período a que se refere o Relatório;
- Apontamentos, deliberações, recomendações e encaminhamentos realizados pela CACGR.

A CACGR remeterá o Relatório de Análise da Prestação de Contas Mensal à DAQUA/CGCSS para conhecimento e posterior envio à Diretoria de Contratos de Gestão e Contratos de Serviços Assistenciais Complementares - DCGCA, que procederá os registros necessários, bem como informará o respectivo desconto no repasse da competência subsequente.

Os valores referentes aos descontos e/ou ressarcimentos correspondentes ao pessoal cedido serão informados mensalmente pela Subsecretaria de Gestão de Pessoas - SUGEP/SES-DF à CACGR.

Os descontos e/ou ressarcimentos referentes à medicamentos e material médico serão informados mensalmente pela Subsecretaria de Logística da Saúde - SULOG/SES-DF à CACGR.

A CACGR elaborará o Relatório Trimestral de Acompanhamento do Contrato de Gestão e providenciará:

- Publicação no sítio eletrônico da SES/DF;
- Envio para publicação no Diário Oficial do Distrito Federal;
- Envio para CGOs - SEPLAG, para atendimento ao disposto no§ 3º do Artigo 12 do Decreto n.º 29.870/2008;
- Envio para a Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde - SAIS/SES para ciência e providência no que couber;
- Envio para a Comissão de Articulação Inter-regional da SES/DF, a ser instituída em cumprimento ao Decreto Distrital n.º 37.515/2016;;
- Envio ao Tribunal de Contas do Distrito Federal - TCDF, nos termos do § 2º do Artigo 12 do Decreto n.º 29.870/2008.

A OSS Contratada deverá manter em perfeita ordem todos os documentos fiscais e contábeis, especialmente os respectivos livros e os comprovantes de todas as despesas contraídas, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes.

As informações fiscais e contábeis deverão ser encaminhadas através do Relatório de Prestação de Contas assinado pelo responsável da CONTRATADA e também por via magnética.

Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da OSS Contratada e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores.

22. REVISÃO DOS VALORES DO CONTRATO

Na hipótese de comprovado o desequilíbrio econômico financeiro do contrato de gestão, que inviabilize a sua execução, deverá ser realizada nova análise baseada na variação efetiva dos custos operacionais do HCB, de forma a garantir a capacidade operacional da instituição, para fins de cumprimento das metas, mediante prévia justificativa por escrito que conterá a declaração de interesse de ambas as partes, observadas as limitações impostas pelas leis específicas.

A comprovação do desequilíbrio econômico financeiro deverá ser feita através da apresentação dos demonstrativos de custos associados à operacionalização do Hospital. Outras alterações referentes a repactuação de metas também observarão o interesse entre as partes, mediante autorização do gestor da SES/DF.

Com relação ao realinhamento dos valores previstos para o Contrato de Gestão, manifestou-se a Procuradoria Geral do Distrito Federal por meio do Parecer n.º 431/2017 -

PRCON/PGDF, que integra os autos do Processo SEI n.º 0060-002634/2010, no qual foi abordada a metodologia a ser utilizada pela SES/DF para recomposição financeira dos valores pactuados no Contrato de Gestão, conforme o seguinte:

> *"Não obstante a natureza e peculiaridades do Contrato de Gestão, pode a Administração fazer incidir, analógica ou subsidiariamente, diante de lacunas existentes e no que no que não for incompatível, o regime jurídico da lei das Licitações e Contratos Administrativos. Ocorrendo assim com os critérios de recomposição de valores, para os quais tanto a Lei Distrital n. 4.081/2008 quanto a sua correlata federal – Lei n. 9.637/1998 – são omissas."*

Considerando o que dispões o Inciso XI do art. 40 da Lei 8.666/1993:

> *"Art. 40. O edital conterá no preâmbulo o número de ordem em série anual, o nome da repartição interessada e de seu setor, a modalidade, o regime de execução e o tipo da licitação, a menção de que será regida por esta Lei, o local, dia e hora para recebimento da documentação e proposta, bem como para início da abertura dos envelopes, e indicará, obrigatoriamente, o seguinte:*
>
> *XI - critério de reajuste, que deverá retratar a variação efetiva do custo de produção, admitida a adoção de índices específicos ou setoriais, desde a data prevista para apresentação da proposta, ou do orçamento a que essa proposta se referir, até a data do adimplemento de cada parcela. "*

Ainda no mencionado Parecer, versando sobre a viabilidade de concessão de reajuste ao Contrato, concluiu a Procuradoria-Geral do Distrito Federal como "*possível que a Consulente dê efetividade à Cláusula Décima do Contrato, podendo optar pelo reajuste de valores na próxima revisão ordinária de preços, mediante ato motivado e justificado. "*

Ressalta, ainda, o Parecer:

> *"Lado outro, cabe ressaltar que caso a Consulente opte pelo reajuste, tal não poderá ser feito de maneira automática, por meio de simples aplicação de índice de preços, mas sim condicionado à apresentação de planilha de custos, com demonstração analítica que deverá retratar a variação efetiva do custo de produção. "*
>
> *..."Sem prejuízo dos fundamentos que embasam o Parecer n.º 1.232/2016 – PRCON/PGDF e na respectiva cota de aprovação, tenho que se mostra viável que, no tocante à próxima revisão ordinária de valores, a Consulente possa dar efetividade à cláusula de reajuste, desde que observe algumas recomendações.*
>
> *...*
>
> *Deve ficar devidamente atestado nos autos que, tal como alegado, a nova repactuação levaria a um valor superior àquele resultante de um reajuste via aplicação do IPCA. "*

Em atenção à determinação da PGDF, o valor do Contrato de Gestão n.º 001/2014 foi atualizado por meio do Terceiro e Quinto Termos Aditivos, utilizando-se como base o índice de variação do custo efetivo do HCB.

Para o cálculo desse índice foi utilizada a metodologia Inflatec, tendo sido relacionados os grupos de custos e despesas, tendo sido considerada a série histórica dos 12 (doze) meses a que se refere a atualização dos valores, com objetivo de compor a o custo fixo básico do HCB, sendo aplicado um peso para cada item após o levantamento da série histórica, resultando na média aritmética do respectivo período.

A metodologia utilizada no HCB para análise da variação do preço de custo dos medicamentos, materiais médico hospitalares e materiais de laboratório obedece ao seguinte:

- Cálculo da variação mensal do preço de custo dos primeiros 20 itens da curva A de medicamentos;
- Cálculo da variação mensal do preço de custo dos primeiros 50 itens da curva A de materiais médico-hospitalares;
- Cálculo da variação mensal do preço de custo dos primeiros 40 itens da curva A dos materiais de laboratório.

Para o grupo de despesas foi considerado que a correção dos valores dos salários e encargos é realizada no primeiro mês de cada exercício pelo índice da última correção salarial e nos meses subsequentes pelo índice de Preço Próprio -IPP/HCB apurado no mês anterior.

Para os serviços de terceiros foi utilizado como fator de correção o Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC, medido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, tendo sido considerados, de forma proporcional, os índices de renegociações de contratos distintos do INPC no período, demonstrado pela análise.

Além do cálculo da variação efetiva do custo do HCB, é necessário demonstrar que a aplicação do índice obtido para ajuste do valor do Contrato representa vantagem em relação aos demais índices oficiais, conforme demonstrado a seguir:

ÍNDICE	MAR/16-FEV/17	MAR/17-FEV/18
IPCA*	4,76%	2,84%
FIPE-SAÚDE	11,78%	7,69%
IGP SAÚDE (FGV)	9,67%	6,15%
IPP**	3,09%	2,18%

*IPCA é o índice oficial utilizado para reajuste dos contratos celebrados com o GDF

** Índice de Preço Próprio, que demonstra a variação efetiva do custo do HCB

Assim, em caso de necessidade de ajuste do valor do Contrato, com objetivo de recomposição do equilíbrio da equação econômico-financeira, a OSS Contratada poderá solicitar análise pela SES/DF, mediante apresentação de planilha detalhada de custos e documentos que comprovem o desequilíbrio econômico financeiro do Contrato de Gestão.

23. CONDIÇÕES GERAIS

O HCB é Unidade Pública de Referência integrante da rede de atenção à saúde do Distrito Federal, nos termos deste Projeto Básico e do artigo 325 do Decreto n.º 34.213, de 14 de março de 2013.

O público de referência do HCB são crianças e adolescentes de 29 dias a 18 anos, 11 meses e 29 dias, portadores de doenças que demandem atenção de média e alta complexidade encaminhados pela rede de saúde distrital.

Para permitir a atenção integral do público de referência o Hospital poderá atender pessoas de faixa diversa da disposta acima, nos seguintes casos:

- Pacientes oncológicos em acompanhamento no HCB: até 23 anos, 11 meses e 29 dias, para dar continuidade à assistência, em conformidade com as normas ministeriais;
- Familiares de pacientes do HCB: em qualquer faixa etária, na assistência complementar essencial ao tratamento do público de referência, prestada pelo serviço social, psicologia e musicoterapia;
- Potenciais doadores de órgãos e tecidos: em qualquer faixa etária, para atenção ao público de referência em condição pré-transplante;
- Neonatos: no atendimento ambulatorial do Programa de Triagem Neonatal, conforme Deliberação n.º 34, do Colegiado de Gestão da SES-DF, de 14 de novembro de 2012 (DODF 26.11.2012) e respectivos genitores na investigação de doenças falciforme e genéticas; no atendimento de imunodeficiências pela especialidade de alergia/imunologia; cardiopatias congênitas pela especialidade de cardiologia; hipotireoidismo congênito, hipertircoidismo neonatal, hiperplasia adrenal congênita, hipoglicemias, distúrbios eletrolíticos (hipocalcemia, hipomagnesemia, hiporosratemia), distúrbio de diferenciação sexual, osteogênese imperfeita e síndromes genéticas pela especialidade de endocrinologia; malformações congênitas e icterícia (campanha do alerta amarelo: diagnóstico precoce da colestase neonatal) pela especialidade de gastroenterologia/hepatologia: erros inatos do metabolismo pela especialidade de genética clínica: portadores de necessidade de terapia dialítica; malformações do sistema nervoso (exemplo: mielomeningocele) pela especialidade de neurologia/neurocirurgia; fibrose cística, malformações pulmonares, atresia de esôfago, laringotraqueomalácia, estridores em geral pela especialidade de pneumologia e mal formações congênitas por especialidades cirúrgicas pediátricas;
- Pacientes acima dos 18 anos: portadores de RCCP ainda em crescimento (maturador tardio): com distúrbios endócrinos (síndrome de down, neuropatas): com outros

distúrbios endócrinos ainda em crescimento: em uso de somatropina/hormônio de crescimento transplantados (hepático) e portadores de hepatopatias crônicas já em acompanhamento, até os 24;

O HCB poderá, excepcionalmente, dar suporte técnico assistencial às demais Unidades da rede DF, na assistência neonatal.

O HCB atua na perspectiva da assistência integral de qualidade, na condição de Unidade de referência pediátrica da rede do SUS-DF, para atendimento ambulatorial e hospitalar de média e, alta complexidade em caráter eletivo.

O art. 7º, II da Lei n.º 8.080/1990 define a integralidade da atenção como o conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos individuais e coletivos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. No âmbito dos serviços prestados no HCB, a assistência integral é entendida como aquelas medidas de média e alta complexidade, com qualidade e no momento oportuno, relacionadas ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes assistidos pela Unidade, respeitados os seguintes limites:

- A assistência complementar essencial é parte da assistência integral e de qualidade e consiste nas ações de suporte à assistência médica, necessárias para consecução dos objetivos e metas previstas no presente Contrato de Gestão;
- O Ensino e a Pesquisa são entendidos como componentes fundamentais para qualificar a atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de novos conhecimentos e a formação de profissionais que no futuro possam garantir a continuidade da qualidade da atenção prestada;
- A capacidade diagnóstica do HCB será estruturada para atender às necessidades da assistência podendo ser própria ou, em caráter complementar, contratada de terceiros;
- A gestão do HCB é realizada por meio de parceria entre a SES/DF e o a Organização Social Contratada, materializada pelas disposições do presente Projeto Básico e do respectivo Contrato de Gestão;
- Por parceria entende-se a união de esforços para alcance do objeto e dos objetivos estratégicos comuns previstos no presente instrumento;
- O acompanhamento da parceria se dará por intermédio da Comissão de Acompanhamento dos Contratos de Gestão e Resultado da SES-DF.

Os sistemas informatizados de interesse da SES com o suporte e ativos de rede que compõem a TI da SES-DF, assim como a Tecnologia do Cartão Saúde do Cidadão, serão fornecidos pela SES-DF.

Caso opte por utilizar aplicativos informatizados distintos dos padronizados pela SES-DF, a OSS deverá promover a adequação das suas bases de dados e relatórios ao formato acessível à SES-DF, conforme critérios por ela estabelecidos.

Todos os impressos utilizados pelo OSS devem trazer os logotipos oficiais do SUS e da SES-DF.

Os equipamentos de comunicação (telefonia) deverão ser adquiridos e instalados pela OSS.

A manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de comunicação será operacionalizada e custeada pela OSS, garantindo a corresponsabilidade na conservação do bem público.

A OSS será responsável, em conjunto com a SES, pela atualização do cadastramento do Hospital da Criança de Brasília José Alencar no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, bem como em manter a documentação adequada às exigências do sistema MS/DATASUS.

O Serviço de Admissão do HCB solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado de Saúde do DF.

A OSS deverá obedecer a todos os Atos Normativos do Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela SES/DF sobre a execução dos serviços a serem pactuados, a OSS reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS - Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei n.º.8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à OSS Contratada.

24. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

24.1. Em cumprimento ao definido neste Projeto Básico e no respectivo Contrato de Gestão, cabe à OSS Contratada, fazendo uso dos recursos transferidos pela SES/DF, observar as especificações técnicas e dos anexos à legislação Federal e Distrital que rege a matéria, em especial à Lei Distrital n.º 4.081, de 04 de janeiro de 2008 e Decreto nº. 29.870, de 18 de dezembro de 2008 e atender as seguintes obrigações:

24.1.1. Cumprir as ações e metas apontadas nos anexos deste Projeto Básico e respectivo Contrato de Gestão, mediante a execução das ações e serviços constantes do Plano de Trabalho, em compatibilidade com os repasses financeiros efetivados pela SES/DF;

24.1.2. Assegurar o acesso gratuito dos pacientes, de forma referenciada, ao atendimento especializado dedicado à criança e ao adolescente, respeitados os fluxos regulatórios;

24.1.3. Oferecer serviços tendo como premissa a integralidade da assistência e observando as normas de referência e contra referência adotadas na rede da SES-DF;

24.1.4. Dar maior resolubilidade aos serviços de saúde do DF no que se refere a crianças e adolescentes, oferecendo apoio diagnóstico e terapêutico;

24.1.5. Manter sob a regulação do gestor do SUS-DF os serviços nos quantitativos pactuados, de acordo com as normas operacionais vigentes, participando na implantação de fluxos e protocolos de acesso e promovendo as atualizações quando necessário;

24.1.6. Executar as atividades previstas no Contrato de Gestão, zelando pela boa qualidade das ações e serviços prestados e pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades;

24.1.7. Garantir condições técnicas e logísticas para o bom funcionamento do HCB;

24.1.8. Adotar rotinas administrativas de funcionamento e de atendimento (aspectos organizacionais, operacionais, técnicos e clínicos) escritas, atualizadas e assinadas pelo responsável pela área;

24.1.9. Manter um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução;

24.1.10. Manter em funcionamento as Comissões exigidas pela legislação vigente;

24.1.11. Manter em funcionamento o Registro Hospitalar de Câncer, conforme as normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde;

24.1.12. Dispor de recursos humanos, equipes multidisciplinares e materiais em quantidade e qualidade adequadas e suficientes para o cumprimento do objeto do presente Projeto Básico e do respectivo Contrato de Gestão, obedecendo as Normas Ministeriais e as Resoluções dos Conselhos Profissionais;

24.1.13. Contratar e remunerar os funcionários para execução das atividades inerentes à execução do Contrato de Gestão, inclusive os encargos cabíveis e obrigações trabalhistas decorrentes, bem como as responsabilidades advindas do ajuizamento de eventuais demandas judiciais, além dos ônus tributários ou extraordinários que incidam sobre o presente Instrumento;

24.1.14. Observar, na contratação e gestão de recursos humanos, os requisitos e parâmetros previstos na legislação pertinente, sendo permitido, dada a especificidade dos serviços realizados, o limite das despesas com salários e encargos em até 70% do valor de custeio anual;

24.1.15. Gerenciar recursos humanos, cedidos ou contratados, com habilitação técnica e legal e com quantitativo compatível com o perfil do 11CB HCB e os serviços a serem prestados, obedecendo as Normas Ministeriais;

24.1.16. Em virtude da inserção do HCB na rede assistencial do Distrito Federal, a OSS Contratada poderá solicitar, formal e justificadamente à SES-DF, a cessão de profissionais de saúde especializados;

24.1.17. Promover ações de capacitação, treinamento e desenvolvimento dos profissionais contratados e cedidos para execução do presente Contrato de Gestão;

24.1.18. Promover em parceria com a ABRACE e outras instituições interessadas, ações de integração, treinamento e capacitação de voluntários para atuar no HCB;

24.1.19. Observar o disposto na legislação pertinente, ao adquirir bens e contratar serviços para a execução do Contrato de Gestão;

24.1.20. Receber formalmente, por meio do responsável pela área Administrativo-Financeira, os equipamentos e mobiliário que porventura sejam disponibilizados pela SES-DF;

24.1.21. Realizar, as trocas/substituições de equipamentos antes do prazo estipulado (vida útil determinada pelo fabricante). Os equipamentos trocados/substituídos serão incorporados ao

patrimônio da SES-DF;

24.1.22. Garantir manutenção preventiva e corretiva predial e realizar as adequações físicas necessárias ao bom funcionamento da Unidade, inclusive àquelas relativas à área externa, obedecendo aos limites do perímetro do terreno onde está localizado o HCB;

24.1.23. Garantir manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do HCB, bem como daqueles cedidos ou doados por terceiros, em uso para alcance do objeto contratual;

24.1.24. Zelar pela permanente atualização do parque tecnológico investindo recursos a fim de garantir a excelência assistencial e evitar a obsolescência;

24.1.25. Manter infraestrutura e recursos humanos para a dispensação externa dos medicamentos fornecidos pela SES-DF, aos pacientes do HCB;

24.1.26. Dispor de Serviço de Informática com sistema adequado para a gestão hospitalar que contemple no mínimo: marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado e farmácia), prontuário médico, serviços de apoio e relatórios gerenciais. Tal sistema deve ser acessível à SES-DF, via Internet (Web) e atender aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão;

24.1.27. Fica facultado à OSS contratar sistema de informação hospitalar distinto do utilizado pela SES-DF, desde que mantida o acesso a estes pela SES/DF sempre que necessário;

24.1.28. Adquirir e realizar a respectiva manutenção de aplicativos distintos dos utilizados pela SES-DF, caso opte por usá-los;

24.1.29. Utilizar os sistemas de informação da SES-DF relacionados à assistência farmacêutica básica ambulatorial e observar as normas estabelecidas pela SES-DF;

24.1.30. Adquirir ou locar computadores, sistemas operacionais, impressoras, licenças de softwares, ativos de rede e outros necessários, observada a legislação vigente aplicável às aquisições e contratações por Organizações Sociais no âmbito do Distrito Federal, devendo informar à SES/DF no prazo de 30 (trinta) dias, o recebimento desses para adoção das providências necessárias à incorporação do patrimônio pela SES-DF;

24.1.31. Observar as normas que regulamentam o gerenciamento a ser conferido aos resíduos sólidos, em especial a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC Nº 306/2004, Resolução CONAMA 358/2005, Leis Distritais 3359/2004 e 4352/2009 e as Leis Federais 11445/2007 e 12305/2010, responsabilizando-se ainda pelos demais reveses de caráter ambiental, eventualmente decorrentes do ajuste;

24.1.32. Movimentar os recursos financeiros pagos pela CONTRATANTE para execução do objeto do Contrato de Gestão em conta bancária específica, exclusiva e aberta no Banco de Brasília — BRB, instituição bancária oficial do Governo do Distrito Federal - GDF, sobre os quais prestará contas à SES-DF por meio de extrato bancário em conformidade com a legislação vigente;

24.1.33. Prestar contas à SES-DF, por intermédio da CACGR da SES-DF, na forma estipulada no presente Projeto Básico e respectivo Contrato de Gestão, assim como na legislação pertinente;

24.1.34. Informar mensalmente, à CACGR da SES-DF, a lista de bens adquiridos com recursos do Contrato de Gestão para que realize os trâmites para transferência do patrimônio à SES-DF;

24.1.35. Restituir, integralmente à SES-DF, em caso de distrato, desqualificação ou extinção da Organização Social, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados em virtude da celebração do Contrato de Gestão, bem como os excedentes financeiros decorrentes da gestão das ações de assistência à saúde no Hospital da Criança de Brasília José Alencar;

24.1.36. Manter um Programa de Acreditação Hospitalar ativo no HCB;

24.1.37. A OSS é responsável pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como pelos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, de que trata a Lei Distrital nº. 4.081, de 04 de janeiro de 2008 e regulamentada pelo Decreto nº. 29.870, de 18 de dezembro de 2008, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis; e

24.1.38. A OSS Contratada poderá, a expensas do Contrato de Gestão, contratar meios destinados à proteção do patrimônio público, imóvel e pessoas no HCB, tais como cobertura securitária, vigilância, sistema de segurança por câmeras (CFTV) e outros.

24.2. **No que tange à assistência**

24.2.1. Garantir que sejam adotadas as normas da Política Nacional de Humanização e orientações da SES/DF, centrando as diretrizes assistenciais na qualidade do atendimento prestado aos pacientes, voltadas para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.

24.2.2. Garantir a realização de atendimento multidisciplinar integral aos pacientes assistidos, com equipe multidisciplinar especializada da CONTRATADA, conforme estabelecida nas RDC, portarias e outras normas técnicas, de forma ininterrupta nas unidades hospitalares de internação e durante os horários de atendimento dos ambulatórios.

24.2.3. Realizar tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação hospitalar.

24.2.4. Realizar tratamento de complicações e intercorrências que possam ocorrer ao longo do processo assistencial.

24.2.5. Realizar tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do usuário e que podem ser necessários devido às condições especiais do usuário, entre outras causas, dentro de seu perfil e capacidade operacional.

24.2.6. Executar procedimentos cirúrgicos necessários ao adequado tratamento de usuários de acordo com o perfil da unidade.

24.2.7. Executar procedimentos especiais de alto custo e alta complexidade que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente em assistência hospitalar, de acordo com a capacidade instalada.

24.2.8. Realizar procedimentos especiais de fisioterapia, terapia ocupacional, reabilitação, suporte psicológico, fonoaudiologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente em assistência hospitalar, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da unidade.

24.2.9. Prover acompanhamento ambulatorial na instituição até efetivar-se a conta referência do usuário para tratamento na rede de atenção pública à saúde ou até que haja a alta ambulatorial.

24.2.10. Fornecer:

- Dispensação de medicamentos para tratamento domiciliar;
- Órteses e próteses para cirurgias e procedimentos, registradas na ANVISA e com aprovação da área técnica da SES/DF;
- Transporte inter-hospitalar em caso de transferência ou exames em outras instituições de usuários críticos, semicríticos e estáveis em ambulância apropriada, devidamente tripulada e equipada normas da SES/DF;

24.2.11. Fornecer aos usuários todos os medicamentos que sejam necessários para a continuação em domicílio do tratamento do agravo em acompanhamento durante a internação hospitalar e fornecer medicamentos prescritos para o tratamento ambulatorial enquanto durar a atenção prestada na instituição ou até que os usuários oncológicos sejam inscritos nos programas de atenção correspondentes.

24.2.12. Transferir para outras unidades de serviços especializados usuários com necessidade de tratamento fora do perfil desta unidade, com vaga assegurada pela SES/DF ou outros mecanismos de regulação de usuários.

24.2.13. Manter as comissões abaixo listadas conforme legislação e regulamentação vigentes, assim como instituir quaisquer outras que venham a se tornar legalmente obrigatórias ou necessárias:

- Comissão de Ética Médica e de Enfermagem;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- Comissão de Óbitos;
- Comissão de Revisão de Prontuários;
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica; e
- Comissão de Proteção Radiológica;

- Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos;
- Comitê Transfusional;
- Comissão de Residências em Saúde;
- Comissão de Biossegurança; e
- Comissão de Gerenciamento Resíduos Sólidos
- Implantar Diretrizes Clínicas, Normas, Rotinas Básicas e Procedimentos, desde o início das atividades, de acordo com os seguintes preceitos:
    - Centrar as diretrizes assistenciais na qualidade do atendimento prestado aos usuários, voltadas para a atenção acolhedora, resolutiva e humana;
    - Implementar ações de cuidados à saúde baseadas em evidências científicas e nas diretrizes de boas práticas de atenção segundo os princípios sugeridos pelo Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde (OMS) e CFM;
    - Revisar e ajustar, após a implantação, as diretrizes clínicas, normas, rotinas básicas e procedimentos, sempre que houver alterações que envolvam novas tecnologias, incremento ou desativação de serviços ou alterações na estrutura organizacional;
    - As rotinas técnicas e assistenciais da unidade hospitalar, bem como suas alterações e atualizações, deverão ser apresentadas à SES/DF.
    - Quaisquer mudanças nos procedimentos e rotinas de funcionamento da Unidade Hospitalar deverão ter a anuência da SES/DF.
- Comitê de Compliance
- Comitê de Gestão de Risco

24.2.14. Realizar todos os atendimentos médicos necessários ao paciente, não sendo permitida a limitação do atendimento por qualquer cláusula contratual ou outra alegação.

24.2.15. Fornecer e disponibilizar, sempre que solicitados, laudos dos exames, procedimentos e assistência realizados pela sua equipe médica.

24.2.16. Integrar-se ao programa de Doação de Órgãos, considerando a manutenção do potencial doador, seguindo as normas estabelecidas pela Comissão Nacional de Transplante.

24.2.17. Responsabilizar-se pela prestação de serviços de assistência em casos de calamidades, surtos, epidemias e catástrofes. Nestes casos, será possível a repactuação do Contrato de Gestão, visando o equilíbrio econômico-financeiro, se houver necessidade.

24.2.18. Cumprir normas, diretrizes clínicas e melhores práticas conforme SES/DF, AMIB, CFM, MS e outras entidades e sociedades que normatizam as especialidades atendidas.

24.2.19. Realizar acompanhamento médico diário de todos os usuários internados, compreendendo: internação e alta, evolução e prescrição, solicitação e verificação do resultado de exames e execução de procedimentos competentes à especialidade e parecer clínico a outras clínicas, quando solicitado.

24.2.20. Executar atendimento nas Unidades de Terapia Intensiva com profissionais médicos habilitados ao atendimento do usuário crítico.

24.2.21. Manter responsável técnico, coordenador de cada serviço e médicos diaristas, com título de especialista em suas respectivas áreas, e médicos plantonistas com residência médica ou pós-graduação em especialidade clínica ou cirúrgica pertinente concluída, ou com, no mínimo, 2 anos, após a graduação, de experiência comprovada no atendimento ao usuário na área pertinente, nas atividades contempladas no Contrato de Gestão, para prestar o atendimento pleno ao usuário. Devem ser cumpridas rigorosamente as determinações emanadas pelos respectivos órgãos responsáveis e fiscalizadores da atividade inerente, responsabilizando-se os profissionais pelos seus atos em todos os aspectos e seguindo os preceitos de humanização do SUS.

24.2.22. Garantir atendimento por profissionais médicos especialistas sob a forma de parecer, sempre que necessário.

24.2.23. Garantir atendimento ao paciente em assistência hospitalar por profissionais médicos especialistas nas áreas de diagnose e terapêutica, sempre que necessário.

24.2.24. Comunicar ao órgão competente todos os casos de notificação compulsória que porventura sejam diagnosticados na unidade.

24.2.25. Implantar ou incrementar as linhas de cuidado projetadas para as unidades de saúde em questão.

24.2.26. Providenciar e garantir a continuidade de atividades escolares para as crianças hospitalizadas através da presença de educadores cedidos pela Secretaria Municipal de Educação.

A prescrição realizada pelos profissionais do HCB quanto aos medicamentos e insumos destinados ao usuário ambulatorial preferencialmente deverá constar das listas padronizadas pelo SUS e obedecer obrigatoriamente aos protocolos clínicos preconizados para cada caso.

Considerando o perfil específico das especialidades atendidas no HCB, em caso de necessidade de utilização de modo rotineiro de medicamento e/ou insumo não padronizado, sem prejuízo à aquisição e utilização do mesmo pela OSS, esta deverá informar a necessidade à CACGR, que repassará as informações às áreas técnica responsáveis da SES/DF para conhecimento e, se for o caso, adoção das providências adequadas.

24.3. **No que tange ao aspecto institucional**

24.3.1. Atender com seus recursos humanos e técnicos os pacientes do SUS, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades descritas neste Projeto Básico, sendo vedada a remuneração pelo atendimento ao usuário por qualquer outra fonte de pagamento que não o SUS.

24.3.2. Observar, durante todo o Prazo do Contrato, a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH/MS), visando o cumprimento do modelo de atendimento humanizado.

24.3.3. Empregar seus melhores recursos, tanto humanos quanto técnicos, na implantação dos serviços discriminados, devendo para tanto, cumprir as condições aqui estabelecidas.

24.3.4. Observar:

24.3.4.1. Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

24.3.4.2. Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

24.3.4.3. Respeito à decisão do usuário em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

24.3.4.4. Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos usuários;

24.3.4.5. Garantia do atendimento do usuário no acolhimento apenas por profissional de saúde de nível superior ou médio, para toda e qualquer informação;

24.3.4.6. Esclarecimento aos pacientes acerca de seus direitos quanto aos serviços oferecidos e funcionamento das unidades de saúde;

24.3.5. Apoiar e integrar o complexo regulador da SES/DF.

24.3.6. Manter controle de riscos da atividade e seguro de responsabilidade civil nos casos pertinentes.

24.3.7. Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido, devendo afixar aviso, em lugar visível, acerca da gratuidade dos serviços prestados nessa condição.

24.3.8. Adotar nos impressos inerentes ao serviço ou entregues aos pacientes, sinalizações, uniformes, enxoval e demais itens a padronização que será orientada pela SES/DF, sendo vedada a colocação de quaisquer logomarcas ou símbolos diferentes do estabelecido pelo SES.

24.3.9. Participar das ações determinadas pela SES na prestação de serviços de assistência em casos de calamidades, surtos, epidemias e catástrofes. Nestes casos, será possível a repactuação do Contrato de Gestão, visando o equilíbrio econômico-financeiro, se houver necessidade.

24.4. **No que tange ao aspecto operacional**

24.4.1. Garantir o funcionamento ininterrupto da unidade hospitalar.

24.4.2. Garantir que as unidades estejam devidamente cadastradas e atualizadas no banco de dados do SCNES, conforme legislação vigente e instituído pela Portaria MS / SAS nº 376, de 03 de outubro de 2000, publicada no Diário Oficial da União de 04 de outubro de 2000.

24.4.3. Fornecer:

24.4.3.1. Materiais médicos, insumos e instrumental adequado;

24.4.3.2. Órteses, próteses e implantes necessários ao tratamento de pacientes em atenção hospitalar de acordo com as especificações da SES/DF e registradas na ANVISA em todas as especialidades que utilizam tais materiais;

24.4.3.3. Serviços de Esterilização dos Materiais Médicos, tanto de materiais termo resistentes quanto de materiais termo sensíveis

24.4.3.4. Engenharia Clínica, manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos disponibilizados para funcionamento da unidade;

24.4.3.5. Nutrição dos usuários em observação e dos acompanhantes, quando aplicável, dentro de padrões adequados de qualidade, incluindo nutrição enteral e parenteral;

24.4.3.6. Gases Medicinais;

24.4.3.7. Sistemas de vigilância adequado ao funcionamento do Hospital;

24.4.3.8. Lavanderia;

24.4.3.9. Limpeza;

24.4.3.10. Manutenção Predial e Conforto Ambiental;

24.4.3.11. Coleta, transporte e tratamento de resíduos;

24.4.3.12. Garantir gerador de energia para a Unidade hospitalar, devendo abranger minimamente áreas críticas, semicríticas e ambientes cirúrgicos.

24.4.4. Apresentar mensalmente os indicadores pactuados, dentro dos parâmetros determinados pela SES/DF.

24.4.5. Oferecer acomodações e alimentação para acompanhantes dos usuários, quando necessário, atendendo a legislação vigente.

24.4.6. Realizar o monitoramento permanente da prestação dos serviços, especialmente nos itens necessários à apuração do cumprimento de suas obrigações.

24.4.7. Garantir os itens condicionantes para o correto credenciamento e habilitação dos serviços e exames realizados junto ao SCNES, tais como: carga-horária, CBO, equipamentos e demais requisitos necessários.

24.4.8. Arcar com despesas de Concessionária de Água, Energia Elétrica e de Telefone e Gás Natural, mantendo os pagamentos em dia para evitar interrupção no fornecimento.

24.4.9. Emitir o cartão de cadastro do usuário da Unidade.

24.4.10. Dar conhecimento imediato à SES/DF de todo e qualquer fato que altere de modo relevante o normal desenvolvimento do Contrato, ou que, de algum modo, interrompa a correta prestação do atendimento aos usuários.

24.4.11. Informar à SES/DF as mudanças no quadro de direção geral e técnica da unidade hospitalar.

24.4.12. Informar imediatamente a Assessoria de Comunicação (ASCOM/SES) e a Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde – SAIS, sempre que houver atuação ou solicitação de qualquer natureza através de veículos da imprensa ou utilização de elementos de mídia social (fotografia, filmagem, áudio) nas unidades de saúde.

24.4.13. Elaborar mapas de produção e gráficos de interesse epidemiológico, conforme solicitação da CONTRATANTE, informando mensalmente os resultados alcançados.

24.4.14. Obedecer às demandas e diretrizes da CONTRATANTE para agendamento, marcação e realização de exames.

24.4.15. Manter o armazenamento e guarda dos exames de Tomografia Computadorizada, Raios X e seus backups, atendendo integralmente às regras estabelecidas na Resolução nº 1.821 / 2007 e Parecer nº 10 / 2009 do Conselho Federal de Medicina. Ao encerramento do contrato, motivada ou imotivadamente, todos os exames e resultados, bem como seus arquivos físicos e eletrônicos, deverão ser transferidos para a CONTRATANTE, sem quaisquer restrições à leitura ou acesso e sem nenhum ônus adicional.

24.4.16. É vedado à CONTRATADA desmarcar qualquer exame de imagem agendado sem o consentimento da central de marcação de exames, devendo ser garantido o reagendamento para que não haja prejuízo ao usuário.

24.5. **No que tange à prestação de contas:**

24.5.1. O acompanhamento orçamentário/financeiro será efetivado por meio da entrega mensal do Relatório de Prestação de Contas contendo os anexos:

24.5.1.1. Relação dos valores financeiros repassados;

24.5.1.2. Demonstrativo de Despesas;

24.5.1.3. Cópia simples dos documentos fiscais que comprovem as despesas relatadas;

24.5.1.4. Demonstrativo de Folha de Pagamento;

24.5.1.5. Demonstrativo de Contratação de Pessoa Jurídica;

24.5.1.6. Balancete Financeiro;

24.5.1.7. Extrato Bancário de Conta Corrente e Aplicações Financeiras dos recursos recebidos;

24.5.1.8. Relatório Consolidado da Produção Contratada X Produção Realizada;

24.5.1.9. Relatório Consolidado do alcance das metas de qualidade (Indicadores);

24.5.1.10. Estatísticas de óbitos;

24.5.1.11. Estatísticas mensais dos atendimentos;

24.5.1.12. Comprovante de recolhimento dos encargos previdenciários resultantes da execução deste Contrato de Gestão;

24.5.1.13. Comprovante de recolhimento dos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais;

24.5.1.14. Informações relativas à cessão dos profissionais da SES-DF;

24.5.1.15. A lista de mobiliário, equipamentos e outros materiais permanentes adquiridos com recursos transferidos do Tesouro Distrital para que esta última adote as providências necessárias à transferência dos mesmos ao patrimônio da SES-DF;

24.5.1.16. Relatório contendo informações acerca da utilização da reserva técnica, no qual se especifique os projetos executados de reforma ou adequação de área física ou serviços contratados e a finalidade dos mesmos para cumprimento do Contrato de Gestão;

24.5.1.17. Até o dia 28 de fevereiro de cada ano:

- Apresentação de contas parcial referente ao exercício fiscal anterior, na forma da Resolução n.º 164/2004 do Tribunal de Contas do Distrito Federal - TCDF;
- Lista atualizada do patrimônio do CONTRATADO e seus dirigentes por meio da apresentação de cópia do recebido do Imposto de Renda pessoa jurídica e física do exercício fiscal anterior;

24.5.1.18. Até 60 (sessenta) dias após o término da vigência do Contrato de Gestão:

- A prestação de contas final do adimplemento do seu objeto e de todos os recursos e bens de origem pública recebidos por intermédio da presente avença.
- Todos os documentos relacionados às despesas realizadas e outros comprovantes devem ser mantidos em arquivo pelo CONTRATADO, em boa ordem, à disposição dos órgãos de controle interno e externo, pelo prazo de 5 (cinco) anos contados da aprovação de contas anual pelo TCDF.

25. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA SES/DF

Em cumprimento ao definido neste Contrato de Gestão cabe à SES/DF, além dos compromissos constantes das especificações técnicas dos Anexos e dos estabelecidos na legislação federal e distrital, as seguintes obrigações:

25.1. Acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução deste Contrato de Gestão, de acordo com o Projeto Básico, o Plano de Trabalho e os Anexos deste Instrumento, conforme o disposto nos instrumentos normativos específicos da SES/DF;

25.2. Repassar regularmente à OSS Contratada os valores previstos no Contrato de Gestão, até o quinto dia útil do mês corrente;

25.3. Publicar no Diário Oficial do Distrito Federal extrato do Contrato de Gestão e de seus aditivos, até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo máximo de vinte dias daquela data;

25.4. Publicar no sítio do GDF na Internet e no Diário Oficial do Distrito Federal os relatórios e avaliação e os relacionados a prestação de contas, nos termos definidos nos instrumentos normativos específicos da SES-DF;

25.5. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Distrito Federal-TCDF o relatório conclusivo emitido pela CACGR da SES/DF, dos resultados atingidos a cada 3 (três) meses, na forma do parágrafo 2°, do Art. 8°, da Lei 4.081/2008 e do Decreto n.º 29.870/2008 e o relatório conclusivo da prestação de parcial do exercício anterior, na forma da Resolução n.º 164 de 04 de maio de 2004;

25.6. Disponibilizar, em tempo hábil, informações e acesso aos sistemas e dados necessários à execução do Contrato de Gestão;

25.7. Prestar o apoio necessário e indispensável à OSS Contratada para que sejam alcançados os objetivos e finalidades do Contrato de Gestão em toda sua extensão, e no tempo devido;

25.8. Fornecer à OSS Contratada as licenças de uso do sistema de informação hospitalar já adotado pela SES/DF, bem como dos programas de apoio requeridos por esse sistema, em quantidade necessária para o funcionamento do HCB;

25.9. Conceder à OSS Contratada:

25.9.1. Permissão de acesso às funcionalidades de cadastramento das tabelas básicas do

sistema de gestão hospitalar, de forma a dar ao HCB autonomia para cadastrar, de forma completa, os próprios usuários, serviços realizados, locais, recursos, itens de prescrição, locais receptores e, de forma geral, outras tabelas diretamente relacionadas com os serviços prestados pelo HCB;

25.9.2. Permissão de acesso às funcionalidades de cadastramento de tabelas básicas do sistema de gestão laboratorial, de forma a dar ao HCB autonomia para cadastrar, de forma completa, os próprios usuários, bem como gerenciar a ativação e desativação das interfaces dos equipamentos de laboratório;

25.9.3. Permissão de acesso às informações gravadas no Banco de dados do aplicativo para consultas diretas com ferramentas de Query ou sistemas de geração de relatórios.

25.10. Respeitar e reconhecer como de propriedade exclusiva da OSS Contratada os procedimentos administrativos, fluxogramas e metodologias gerenciais constantes do Plano de Trabalho apresentado, não podendo utilizá-los sem sua expressa autorização, a não ser nos casos de prerrogativas irrefutáveis da Administração Pública, previstos no artigo 58, incisos 1. III e V da Lei de Licitações;

25.11. Disponibilizar, a título de cessão, profissionais de saúde com comprovada especialização na área objeto deste Contrato de Gestão, solicitados formalmente pela OSS Contratada;

A disponibilização é ato discricionário da Administração e condiciona-se à apresentação de justificativa pela Contratada da impossibilidade de suprir a demanda através de contratação própria.

A justificativa mencionada no item anterior fica dispensada para os casos de profissionais de saúde atuantes em serviço de pediatria de unidade da rede que vier a ser transferido ao HCB.

25.12. Disponibilizar por meio de ato discricionário e de acordo com as possibilidades da SES/DF:

25.12.1. Vagas em cursos e eventos promovidos pela SES-DF aos servidores cedidos e funcionários do HCB;

25.12.2. Bens imóveis para o CONTRATADO mediante termo de permissão de uso específico; (não entendi de onde vem essa numeração, assim como a mudança de símbolo nos dois tópicos abaixo...)

25.12.3. Bens móveis para OSS Contratada mediante termo de guarda responsabilidade;

25.12.4. Recursos de investimento adicionais aos previstos no presente instrumento, para troca/substituição de equipamentos que tenham cumprido a vida útil determinada pelo fabrica te (ou ainda dentro da vida útil), ou para aquisição de novos equipamentos, mediante justificativa a aprovada pela CACG da SES-DF e prévia previsão orçamentária.

25.13. Realizar o gerenciamento dos sistemas de informação de base nacional e outros de interesse da SES-DF, bem como da base de dados relativos aos atendimentos realizados para cada paciente;

25.14. Adotar todas as providências necessárias à habilitação/qualificação dos serviços de média e alta complexidade do HCB junto ao Ministério da Saúde, contando com a colaboração da OSS Contratada;

25.15. Dotar o HCB de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ do Ministério da Fazenda, como Unidade integrante da SES-DF;

25.16. Adotar as providências necessárias à incorporação dos bens adquiridos pela OSS Contratada com recursos do Contrato de Gestão ao patrimônio da SES/DF, no prazo de 90 (noventa) dias a contar do recebimento da informação de aquisição;

26. ORÇAMENTO

26.1. O orçamento anual previsto para a realização dos serviços objeto do Contrato de Gestão está incluso no Programa de Trabalho, constante da Lei Orçamentária Anual, sendo o valor previsto para fomento à título de custeio, estimando conforme o seguinte:

26.1.1. Os recursos financeiros para a execução do Contrato de Gestão serão repassados pela SES—DF ao Organização Social habilitada para execução do objeto do presente Projeto Básico, à vista de programação previamente aprovada e mediante comprovação dos serviços realizados e previstos no orçamento do exercício, em conformidade com a Lei de Responsabilidade Fiscal.

26.1.2. Recurso Financeiro, a despesa com a futura contratação correrá à conta do orçamento da SES DF:

26.1.3. Unidade Orçamentária: 23901 - FSDF

26.1.4. Programa de Trabalho: 10.302.6202.4206.0001

26.1.5. Natureza da Despesa: 339039

26.1.6. Fonte de Recursos: 100 e 138

26.2. Para o exercício de 2019 (1º de março a 31 de dezembro) estima-se como valor total a ser repassado a título de custeio o montante de R$210.753.406,54 (duzentos e dez milhões, setecentos e cinquenta e três mil, quatrocentos e seis reais e cinquenta e quatro centavos).

26.3. Para o exercício de 2020 (1º de janeiro a 31 de dezembro) estima-se como valor total a ser repassado a título de custeio o montante de R$267.326.725,98 (duzentos e sessenta e sete milhões, trezentos e vinte e seis mil, setecentos e vinte e cinco reais e noventa e oito centavos).

26.4. Para o exercício de 2021 (1º de janeiro a 31 de dezembro) estima-se como valor total a ser repassado a título de custeio o montante de R$267.326.725,98 (duzentos e sessenta e sete milhões, trezentos e vinte e seis mil, setecentos e vinte e cinco reais e noventa e oito centavos).

26.5. Para o exercício de 2022 (1º de janeiro a 31 de dezembro) estima-se como valor total a ser repassado a título de custeio o montante de R$267.326.725,98 (duzentos e sessenta e sete milhões, trezentos e vinte e seis mil, setecentos e vinte e cinco reais e noventa e oito centavos).

26.6. Para o exercício de 2023 (1º de janeiro a 31 de dezembro) estima-se como valor total a ser repassado a título de custeio o montante de R$267.326.725,98 (duzentos e sessenta e sete milhões, trezentos e vinte e seis mil, setecentos e vinte e cinco reais e noventa e oito centavos).

26.7. Para o exercício de 2024 (1º de janeiro a 28 de fevereiro) estima-se como valor total a ser repassado a título de custeio o montante de R$44.554.454,33 (quarenta quatro milhões, quintos e cinquenta e quatro mil, quatrocentos e cinquenta e quatro reais e trinta e três centavos).

26.8. O valor total estimado para o Contrato, para o período de vigência de 60 (sessenta) meses é de R$ 1.324.614.764,77 (um bilhão, trezentos e vinte e quatro milhões, seiscentos e quatorze mil, setecentos e sessenta e quatro reais e setenta e sete centavos).

27. DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO

Os profissionais e prepostos da CONTRATADA não terão qualquer vínculo empregatício com o Governo do Distrito Federal, correndo por conta exclusiva da CONTRATADA todas as obrigações decorrentes da legislação trabalhista, previdenciária, infortunística do trabalho, fiscal, comercial e outras correlatas, a qual se obriga a saldar na época devida.

A prestação de serviços de que trata este Projeto Básico não gera vínculo empregatício entre os empregados da CONTRATADA e a SES/DF, vedando-se qualquer relação entre estes que caracterize pessoalidade e subordinação direta.

28. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

A inobservância pela CONTRATADA de regra constante no CONTRATO DE GESTÃO ou de lei autorizará a CONTRATANTE, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

- Advertência
- Rescisão do Contrato
- Desqualificação, conforme Art.16 do Decreto nº 29.870, de 18 de dezembro de 2008.

A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito da CONTRATANTE exigir indenização dos prejuízos sofridos.

29. FORO

Fica eleito o foro da Justiça Federal do Distrito Federal para dirimir as dúvidas não solucionadas administrativamente oriundas do cumprimento das obrigações estabelecidas.

30. ANEXOS

Anexo I - Metas Quantitativas

Anexo II - Pontos por Grupo de Assistência para Aferição do Cumprimento das Metas Quantitativas, por Fase de Implantação

Anexo III - Pontuação por Percentual de Cumprimento de Meta Quantitativa por Fase

Anexo IV - Pontuação para definição de percentual de cumprimento de Meta Qualitativa

Anexo V - Parâmetros para descontos dos recursos relativos a Metas Qualitativas

Anexo VI - Custo Total HCB – Bloco I

Anexo VII - Valores por Centro de Custo HCB

Anexo VIII - Valores paciente/dia IHBDF Centro de Custo Internação em Oncologia Clínica

Anexo IX - Cronograma de Repasses

Anexo X - Modelo de Atestado de Visita Técnica da Unidade de Saúde

Anexo XI -Declaração

Anexo XII - Modelo de Procuração

O presente Projeto Básico foi elaborado pela Equipe de Planejamento descrita a seguir:

Fernanda Geórgia de Oliveira Andrade Yamada - Matrícula: 1.681.448-7 - CEIC/SUAG/SES - **Integrante Administrativo**

Iohan Andrade Struck - Matrícula: 1.677.744-1 - SUAG/SES - **Integrante Administrativo**

Adriana Garrido Martins - Matrícula: 146.567-8 - DCGCA/CGCSS/GAB/SES - **Integrante Técnico**

Carlos Fernando Dal Sasso de Oliveira - Matrícula: 1.672.694-4 - COPLAN/SUPLANS/SES - **Integrante Técnico**

Ivana Ribeiro Novaes- Matrícula: 129.871-2 - DASIS/COASIS/SAIS/SES - **Integrante Técnico**

Carmem Lívia Faria da Silva Martins- Matrícula: 172.078-3 -SAIS/SES - **Integrante Técnico**

Cláudio José Ferreira Lima - Matrícula: 192.786-8 - ARAS/SAIS/SES - **Integrante Técnico**

Rodrigo Pinheiro de Abreu Miranda - Matrícula: 152.693-6 - GESCIR/DUAEC/SAIS/SES - **Integrante Técnico**

Luana Brito Holanda- Matrícula: 1.684.322-3 - GESCIR/DUAEC/SAIS/SES - **Integrante Técnico**

Autoridades Responsáveis pela Aprovação do Projeto Básico:

Aprovo o presente Termo em conformidade com o inciso II do argo 9º do Decreto Federal 5450/2005 e com o art.1º da Portaria 57/2011 – SES-DF.

Manuela Valentim Conde de Castro - Matrícula: 141.643-X - CGCSS/GAB/SES - **Coordenadora Especial de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde**

Francino Machado de Azevedo Filho - Matrícula: 1.440.492-3 - DUAEC/CATES/SAIS/SES - **Diretor de Urgências, Apoio Diagnóstico e Cirurgias**

Bruno de Almeida Pessanha Guedes - Matrícula: 1.433.116-0 - DASIS/COASIS/SAIS/SES **- Diretor de Atenção Secundária e Integração de Serviços**

Fernando Henrique de Paula Uzuelli - Matrícula: 157.109-5 - CATES/SAIS/SES - **Coordenador de Atenção Especializada à Saúde**

Fábio Vinícius Pires Micas da Silva - Matrícula: 189.161-8 - COASIS/SAIS/SES - **Coordenador de Atenção Secundária e Integração de Serviços**

Mariane Santos de Morais - Matrícula: 1.658.068-0 - SUGEP/SES - **Subsecretária de Gestão de Pessoas**

Márcia Benevolo Jovanovic - Matrícula 173.860-7 - SUPLANS/SES - **Subsecretária de Planejamento em Saúde**

Marúcia Valença Barbosa de Miranda - Matrícula: 137.588-1 - SUAG/SES - **Subsecretária de Administração Geral**

Martha Gonçalves Vieira - Matrícula: 128.247-6 - SAIS/SES - **Subsecretária de Assistência Integral à Saúde**

Anexo I - Metas Quantitativas

GRUPOS DE ASSISTENCIA	UNIDADE DE MEDIDA	FASE 1A	FASE 1B	FASE 1C	FASE 2	FASE 3	FASE 4	FASE 5
ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL:								
GRUPO I - Consultas Médicas de Especialidades	Consulta	7.049	7.049	7.049	7.049	7.049	7.049	8.106
GRUPO II - Assistência Complementar Essencial	Cons / Proc	5.203	5.203	5.203	5.203	5.203	5.203	5.203
GRUPO III - Procedimentos Especializados	Diversas	1.542	1.542	1.542	1.542	1.542	1.542	1.542
GRUPO IV - Exames por Métodos Gráficos	Exames	841	841	841	841	841	841	841
GRUPO V - Exames Laboratoriais	Exames	23.898	23.898	23.898	23.898	23.898	23.898	23.898
GRUPO VI - Exames de Bioimagem	Exames	1.496	1.496	1.496	1.496	1.496	1.496	1.496
GRUPO VII - Cirurgias em regime de Hospital Dia	Cirurgias	65	65	65	65	65	65	65
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR:								
GRUPO VIII - Saídas Hospitalares	Saídas	64	64	64	197	235	347	476
GRUPO IX - Diárias de UTI	Diárias	-	-	-	180	360	570	855
GRUPO X - Diárias de Cuidados Paliativos	Diárias				90	90	108	126
GRUPO XI - Cirurgias	Cirurgias	-	-	-	70	107	170	260
GRUPO XII - Transplantes	Transplantes	-	-	-	-	-	-	3

Anexo II - Pontos por Grupo de Assistência para Aferição do Cumprimento das Metas Quantitativas,

por Fase de Implantação

GRUPOS DE ASSISTENCIA	FASE 3	FASE 4
GRUPO I - Consultas Médicas de Especialidades	55	45
GRUPO II - Assistência Complementar Essencial	30	25
GRUPO III - Procedimentos Especializados	250	210
GRUPO IV - Exames por Métodos Gráficos	15	10
GRUPO V - Exames Laboratoriais	110	85
GRUPO VI - Exames de Bioimagem	50	40
GRUPO VII - Cirurgias em regime de Hospital Dia	20	15
TOTAL ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	530	430
GRUPO VIII - Saídas Hospitalares	195	225
GRUPO IX - Diárias de UTI	200	240
GRUPO X - Diárias de Cuidados Paliativos	10	10
GRUPO XI - Cirurgias	65	80
GRUPO XII - Transplantes	0	15
TOTAL ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	470	570
TOTAL GERAL	1000	1000

Anexo III - Pontuação por Percentual de Cumprimento de Meta Quantitativa por Fase

GRUPOS DE ASSISTÊNCIA	FASE 3 - Pontos por % de Cumprimento por Grupo no Mês					
	120% ou +	110 a 119%	100 a 109%	90 a 99%	80 a 89%	70 a 79%

GRUPO I - Consultas Médicas de Especialidades	66	61	55	50	44	39
GRUPO II - Assistência Complementar Essencial	36	33	30	27	24	21
GRUPO III - Procedimentos Especializados	300	275	250	225	200	175
GRUPO IV - Exames por Métodos Gráficos	18	17	15	14	12	11
GRUPO V - Exames Laboratoriais	132	121	110	99	88	77
GRUPO VI - Exames de Bioimagem	60	55	50	45	40	35
GRUPO VII - Cirurgias realizadas em Hospital Dia	24	22	20	18	16	14
GRUPO VIII - Saídas Hospitalares	234	215	195	176	156	137
GRUPO IX - Diárias de UTI	240	220	200	180	160	140
GRUPO X - Diárias de Cuidados Paliativos	12	11	10	9	8	7
GRUPO XI - Cirurgias	78	72	65	59	52	46

GRUPOS DE ASSISTÊNCIA	**FASE 4 - Pontos por % de Cumprimento por Grupo no Mês**					
	120% ou +	110 a 119%	100 a 109%	90 a 99%	80 a 89%	70 a 79%
GRUPO I - Consultas Médicas de Especialidades	54	50	45	41	36	32
GRUPO II - Assistência Complementar Essencial	30	28	25	23	20	18
GRUPO III - Procedimentos Especializados	252	231	210	189	168	147
GRUPO IV - Exames por Métodos Gráficos	12	11	10	9	8	7
GRUPO V - Exames Laboratoriais	102	94	85	77	68	60
GRUPO VI - Exames de Bioimagem	48	44	40	36	32	28
GRUPO VII - Cirurgias realizadas em Hospital Dia	18	17	15	14	12	11
GRUPO VIII - Saídas Hospitalares	270	248	225	203	180	158
GRUPO IX - Diárias de UTI	288	264	240	216	192	168
GRUPO X - Diárias de Cuidados Paliativos	12	11	10	9	8	7
GRUPO XI - Cirurgias	96	88	80	72	64	56
GRUPO XII - Transplantes	18	17	15	14	12	11

Anexo IV - Pontuação para definição de percentual de cumprimento de Meta Qualitativa

	INDICADOR	META	PONTUAÇÃO	FONTE DE AFERIÇÃO
1	PROCEDIMENTOS PARA A CENTRAL DE REGULAÇÃO DA SES/DF	DISPONIBILIZAR 100% DOS PROCEDIMENTOS PACTUADOS, POR INTERMÉDIO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO/SES/DF	100% DA META: 100 PONTOS; 90 A 99% DA META: 80 PONTOS; 80 A 89% DA META: 50 PONTOS; 70 A 79% DA META: 30 PONTOS; INFERIOR A 70% DA META: NÃO PONTUA	CENTRAL DE REGULAÇÃO DA SES
2	SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES DE PACIENTES DO HOSPITAL	GARANTIR A SATISFAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS E FAMILIARES ≥ 75%	75% OU MAIS DE 'BOM' E 'ÓTIMO':100 PONTOS 60 A 74%: 100 PONTOS INFERIOR A 60%: NÃO PONTUA	RELATÓRIO MENSAL
3	SATISFAÇÃO DOS PACIENTES	GARANTIR A SATISFAÇÃO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES PACIENTES DO HOSPITAL ≥ 75%	75% OU MAIS DE 'BOM' E 'ÓTIMO': 200 PONTOS 60 A 74%: 100 PONTOS INFERIOR A 60%: NÃO PONTUA	RELATÓRIO MENSAL
4	OUVIDORIA	DAR ENCAMINHAMENTO ADEQUADO A 80% DAS MANIFESTAÇÕES APRESENTADAS	ENCAMINHAMENTO DE 80% OU MAIS: 100 PONTOS 70% A 79% : 80 PONTOS 60% A 69%: 50 PONTOS 50% A 59%: 30 PONTOS INFERIOR A 50 %: NÃO PONTUA	RELATÓRIO MENSAL
5	TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (ISC)	MANTER A TAXA DE ISC* CIRURGIAS LIMPAS (HERNIORRAFIAS), DOS ÚLTIMOS 12 MESES INFERIOR OU IGUAL A 1,0%	≤ 1,0%: 100 PONTOS > 1,0% A 2,0%: 75 PONTOS > 2,0% A 3,0%: 50 PONTOS SUPERIOR A 3,0%: NÃO PONTUA	RELATÓRIO MENSAL
6	DENSIDADE DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUINEA ASSOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL (IAVC)	MANTER A DENSIDADE DE IAVC NOS ÚLTIMOS 12 MESES INFERIOR OU IGUAL A 20**	DENSIDADE DE IAVC ≤ 20: 100 PONTOS 21 A 30: 75 PONTOS 31 A 40: 50 PONTOS SUPERIOR A 40: NÃO PONTUA	RELATÓRIO MENSAL
7	TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR	MANTER A MÉDIA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR ≥ 75%	≥ 75%: 100 PONTOS 60 A 74%: 80 PONTOS 50 A 59%: 50 PONTOS INFERIOR A 50%: NÃO PONTUA	RELATÓRIO MENSAL
8	TAXA DE OCUPAÇÃO AMBULATORIAL	MANTER A MÉDIA DE OCUPAÇÃO DOS CONSULTÓRIOS MÉDICOS ≥ 75%	≥ 75%: 100 PONTOS 60 A 74%: 80 PONTOS 50 A 59%: 50 PONTOS INFERIOR A 50%: NÃO PONTUA	RELATÓRIO MENSAL
9	MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR	MANTER A MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR DOS ÚLTIMOS 12 MESES ≤ 8 DIAS ***	≤ 8 DIAS: 100 PONTOS 9 A 12 DIAS: 80 PONTOS 13 A 16 DIAS: 50 PONTOS 17 A 20 DIAS: 30 PONTOS SUPERIOR A 20 DIAS: NÃO PONTUA	RELATÓRIO MENSAL

*ISC (dos últimos 12 meses): o cálculo da taxa de infecção de Sítio Cirúrgico (ISC), dos últimos 12 meses, tem como numerador o número de casos de infecção de sítio cirúrgico em procedimentos de herniorrafias, manifestada em até 30 (trinta) dias após a realização do procedimento (ou seja, do mês em análise e dos 11 meses anteriores), dividido pelo número total de herniorrafias limpas realizadas naquele período, expresso em percentual. A utilização de herniorrafias como referência

para o cálculo da taxa de ISC em cirurgias limpas obedece a orientações da ANVISA, para que os hospitais realizem a vigilância dos procedimentos considerados limpos de maior relevância para o hospital.
**IAVC (dos últimos 12 meses): o cálculo da Densidade mensal de IAVC tem como numerador o número de casos de infecções de corrente sanguínea associada ao uso de cateter venoso central observada nos últimos 12 meses (ou seja, no mês em análise somados aos casos dos 11 meses anteriores), dividido pelo número de pacientes/dia em uso de cateter venoso central no período, expresso em 1.000 pacientes/dia em uso de cateter venoso central.
***Meta Quali 9 - MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR (DOS ÚLTIMOS 12 MESES): O cálculo tem como numerador o número de Pacientes/Dia nos últimos 12 meses (ou seja, no mês em análise, somados aos 11 meses anteriores), dividido pelo número de saídas hospitalares.

Anexo V - Parâmetros para descontos dos recursos relativos a Metas Qualitativas

Os recursos variáveis relacionados ao cumprimento das metas qualitativas representam 10% da orçamentação global definida no Contrato de Gestão. Esses recursos serão distribuídos, proporcionalmente, mediante o cumprimento conforme os parâmetros abaixo. A pontuação total será de 1000 pontos. De acordo com a pontuação obtida, será efetuada a transferência dessas respectivas parcelas conforme e nos percentuais abaixo especificado:

Pontuação do cumprimento das Metas QUALITATIVAS	% de descontos em relação aos valores totais deste componente = 10% do valor total da parcela mensal avaliada
Acima ou igual a 900 pontos	Sem desconto
De 800 a 899 pontos	10% de desconto
De 700 a 799 pontos	20% de desconto
De 600 a 699 pontos	30% de desconto
De 500 a 599 pontos	40% de desconto
De 400 a 499 pontos	50% de desconto
De 300 a 399 pontos	60% de desconto
De 200 a 299 pontos	70% de desconto
De 100 a 199 pontos	80% de desconto
De 0 a 99 pontos	90% de desconto

Anexo VI do Projeto Básico

Custo Total HCB – Bloco I - Ambulatorial

Item Custo - Sintetico Analitico	Competência											
	Ago/2017 (R$)	Set/2017 (R$)	Out/2017 (R$)	Nov/2017 (R$)	Dez/2017 (R$)	Jan/2018 (R$)	Fev/2018 (R$)	Mar/2018 (R$)	Abr/2018 (R$)	Mai/2018 (R$)	Jun/2018 (R$)	Jul/2018 (R$)
Pessoal	**5.431.603,03**	**5.623.685,31**	**5.598.236,17**	**5.740.843,87**	**6.360.354,89**	**5.595.800,90**	**5.635.082,87**	**6.065.247,06**	**6.179.703,80**	**6.405.113,44**	**6.201.011,35**	**6.184.518,29**
Custo Total c/RH (Provisões+Encargos+Benefícios+Remuneração)	5.431.603,03	5.623.685,31	5.598.236,17	5.740.843,87	6.360.354,89	5.595.800,90	5.635.082,87	6.065.247,06	6.179.703,80	6.405.113,44	6.201.011,35	6.184.518,29
Material de Consumo	**893.078,84**	**658.621,01**	**627.441,04**	**649.705,63**	**567.125,77**	**713.313,68**	**503.987,90**	**645.753,16**	**729.355,44**	**468.090,66**	**871.099,74**	**696.011,20**
Combustíveis e Lubrificantes para Outras Finalidades	200,00	1.195,80	646,87	666,20	625,91	-	706,72	175,00	50,00	-	4.457,69	100,00
Gases Medicinais	3.676,78	3.416,06	3.484,35	-	-	13.864,83	4.424,59	3.905,48	277,63	5.716,76	3.617,73	5.552,38
Material de Copa e Cozinha	2.349,88	1.820,97	2.320,97	1.502,51	1.641,48	7,32	280,32	323,10	1.642,88	1.069,95	1.306,43	2.744,58
Material de Expediente	37.418,09	23.216,97	20.764,13	17.373,34	12.304,60	12.289,73	18.810,66	16.804,58	19.615,44	30.564,81	19.129,50	25.765,26
Material de Limpeza	12.268,33	13.457,33	13.696,37	15.056,38	8.065,53	5.655,10	6.917,50	6.151,26	10.106,59	7.625,43	5.795,12	18.563,11
Material de Proteção e Segurança	11.079,98	10.193,56	9.869,68	6.598,32	4.502,61	2.781,66	7.098,39	8.258,31	6.074,00	11.455,67	10.525,50	11.109,61
Material Laboratorial	152.015,08	152.636,32	82.657,00	161.395,93	122.647,61	176.682,10	117.293,18	189.614,69	108.344,38	43.975,96	232.365,31	221.958,22
Material Médico-Hospitalar	185.274,71	173.798,51	162.063,20	144.568,22	134.057,09	167.252,26	140.962,44	168.964,49	158.678,49	154.554,85	166.093,93	155.623,75
Material para Manutenção de Bens Imóveis	22.234,23	46.637,04	43.798,61	22.452,50	40.493,55	18.331,64	21.172,43	20.009,95	45.877,16	26.547,70	37.642,18	59.849,22
Medicamentos	316.353,70	227.365,65	223.930,01	278.551,31	235.881,13	141.774,28	183.700,77	214.644,76	295.376,87	170.112,01	219.313,45	183.000,28
Outros Materiais de Consumo	113.294,46	4.105,45	59.286,24	334,37	5.095,55	170.722,13	-	909,64	82.824,96	5.708,81	138.284,77	6.049,79
Uniformes/Fardamento	36.913,60	777,35	4.923,61	1.206,55	1.810,71	3.952,63	2.620,90	15.991,90	487,04	10.758,71	32.568,13	5.695,00
Serviços de Terceiros	**1.487.362,74**	**1.662.231,60**	**1.258.493,50**	**1.227.285,35**	**1.278.745,39**	**1.251.218,30**	**1.181.928,60**	**1.265.686,24**	**1.582.724,20**	**1.401.601,01**	**1.510.128,39**	**1.524.970,41**
Aluguel de Bens Móveis e Intangíveis	34.996,49	24.456,94	25.649,08	12.753,27	9.916,40	51.364,27	34.381,54	16.924,81	31.265,51	27.960,29	19.152,80	15.359,35
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	23.326,56	33.445,63	26.231,44	24.249,89	31.241,29	25.239,42	28.118,64	27.437,39	22.549,49	33.568,51	44.610,23	55.508,37
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	14.540,64	25.544,95	26.739,97	41.134,18	26.834,07	18.433,25	50.197,09	20.553,92	20.217,36	18.092,27	25.510,70	50.611,19
Serviço de Coleta de Resíduos de Serviços de Saúde	2.121,00	2.615,48	2.767,40	2.761,95	1.865,65	2.056,34	1.572,70	1.594,53	132,53	3.942,21	1.610,50	1.936,00
Serviço de Esterilização de Materiais	20.897,81	21.744,84	19.551,29	18.050,48	18.342,40	17.074,21	20.058,61	19.844,77	18.397,11	18.797,52	21.517,22	22.712,46
Serviço de Lavanderia	12.541,90	11.341,68	11.456,58	10.505,07	10.238,82	10.303,54	10.704,75	9.740,15	10.902,15	10.258,15	11.419,80	11.534,95
Serviço de Manutenção e Conservação de Bens Imóveis	85.328,99	178.370,09	6.089,19	1.046,94	1.046,94	11.276,94	1.714,94	2.426,94	170.704,38	17.197,42	1.987,54	1.066,54
Serviço de Manutenção e Conservação de Máquinas e Equipamentos	83.402,64	122.757,21	109.337,43	86.801,92	72.154,70	109.734,29	79.902,83	96.571,25	199.184,73	128.227,81	92.042,62	78.137,87
Serviços de Apoio Administrativo, Técnico e Operacional	59.233,53	88.194,53	75.586,28	55.638,08	60.702,74	79.354,57	70.121,90	60.122,94	89.581,81	76.474,14	82.848,06	82.124,51
Serviços de Fornecimento de Alimentação - Pessoa Jurídica	383.432,54	388.029,32	326.757,51	333.065,59	352.288,10	276.816,47	310.046,45	323.907,51	354.698,53	328.851,51	375.525,45	345.545,27
Serviços de Limpeza e Conservação	332.082,81	250.478,47	250.478,47	232.735,77	249.577,59	222.130,34	247.591,24	247.741,24	247.591,24	247.741,24	251.841,28	288.875,92
Serviços de Publicidade e Propaganda	2.138,00	-	1.069,00	1.069,00	-	4.276,00	-	-	5.345,00	2.138,00	8.237,82	1.069,00
Serviços de Tecnologia da Informação	106.039,69	197.761,97	52.057,90	100.644,10	129.129,33	110.423,78	42.975,56	157.308,44	93.508,28	177.744,34	155.374,26	206.425,68
Serviços de Vigilância e/ou Segurança	254.711,04	254.711,04	254.711,04	254.711,04	254.711,04	254.711,04	254.711,04	254.711,04	254.711,04	254.711,04	348.361,25	269.897,56
Serviços Laboratoriais	72.569,10	62.779,45	70.010,92	52.118,07	60.696,32	58.023,84	29.831,31	26.801,31	63.935,04	55.896,56	70.088,86	94.165,74
Despesas Gerais	**115.256,63**	**112.962,34**	**108.045,82**	**114.133,42**	**110.219,07**	**108.172,20**	**108.322,59**	**103.449,44**	**102.945,97**	**106.567,26**	**120.825,18**	**122.328,68**
Assinatura de Periódicos e Anuidades	549,36	1.180,91	-	489,67	544,17	586,70	499,76	566,44	493,32	568,65	606,15	615,36
Passagens	1.950,00	-	1.950,00	-	-	3.177,80	-	3.850,00	-	-	3.865,00	1.850,00
Seguros	1.974,56	1.974,56	1.974,56	1.974,56	1.974,56	1.974,56	1.974,56	1.974,56	1.974,56	1.974,56	1.974,56	1.974,56
Serviço de Água e Esgoto	41.366,44	35.057,74	30.233,44	25.112,26	27.239,90	22.981,12	26.794,58	24.592,72	21.623,92	28.402,68	36.715,32	34.756,56
Serviços de Energia Elétrica	60.915,51	68.541,90	67.577,48	79.143,69	74.203,88	73.198,21	72.612,24	66.024,99	72.578,82	68.975,71	70.131,23	76.688,94
Serviços de Telecomunicações - (Telefonia Fixa - Ramais)	8.500,76	6.207,23	6.310,34	7.413,20	6.256,52	6.253,81	6.261,64	6.440,71	6.274,86	6.645,57	7.532,92	6.443,26
Taxas Administrativas	-	-	-	0,04	0,04	-	179,81	0,02	0,49	0,09	-	-
Depreciação	**63.977,68**	**78.484,63**	**94.583,76**	**105.391,06**	**98.904,26**	**99.279,53**	**99.457,34**	**99.711,93**	**99.950,43**	**103.316,61**	**106.520,95**	**106.899,20**
Depreciação Predial	63.977,68	78.484,63	94.583,76	105.391,06	98.904,26	99.279,53	99.457,34	99.711,93	99.950,43	103.316,61	106.520,95	106.899,20
Total por competência:	**7.991.278,92**	**8.135.984,89**	**7.686.800,29**	**7.837.359,33**	**8.415.349,38**	**7.767.784,61**	**7.528.779,30**	**8.179.847,83**	**8.694.679,84**	**8.484.688,98**	**8.809.585,61**	**8.634.727,78**
Total geral no período apurado:	**R$ 98.166.866,76**											
Média mensal:	**R$ 8.180.572,23**											

Anexo VII – Valores por Centro de Custo HCB

Instituição: HCB - HOSPITAL DA CRIANCA DE BRASILIA JOSE ALENCAR			
Centro Custo: Ambulatório de Alergia e Imunologia Pediátrica			
Tipo Centro Custo: Final			
Periodo de : 08/2017 a 06/2018			
Item Produção: Atendimento			
Mês	Quantidade	Valor	
ago/17	1647	R$	191,18
set/17	1244	R$	266,99
out/17	1384	R$	242,05
nov/17	1383	R$	229,52
dez/17	1147	R$	309,38
jan/18	1247	R$	268,90
fev/18	1188	R$	246,71
mar/18	1302	R$	260,18
abr/18	1204	R$	288,60
mai/18	1447	R$	251,58
jun/18	1441	R$	292,13
Total	**14634**	**R$**	**2.847,22**
Média 11 meses	**1330**	**R$**	**258,84**

Instituição: HCB - HOSPITAL DA CRIANCA DE BRASILIA JOSE ALENCAR			
Centro Custo: Ambulatório de Cardiologia Pediátrica			
Tipo Centro Custo: Final			
Periodo de : 08/2017 a 06/2018			
Item Produção: Atendimento			
Centro Custo	Quantidade	Valor	
ago/17	749	R$	248,76
set/17	752	R$	283,27
out/17	620	R$	314,09
nov/17	487	R$	371,88
dez/17	525	R$	425,69
jan/18	584	R$	339,15
fev/18	403	R$	426,58
mar/18	556	R$	356,04
abr/18	590	R$	360,38
mai/18	597	R$	361,07
jun/18	627	R$	353,00
Total	**6490**	**R$**	**3.839,91**
Média 11 meses	**590**	**R$**	**349,08**

Instituição: HCB - HOSPITAL DA CRIANCA DE BRASILIA JOSE ALENCAR			
Centro Custo: Ambulatório de Cirurgia Pediátrica			
Tipo Centro Custo: Final			
Periodo de : 08/2017 a 06/2018			
Item Produção: Atendimento			
Centro Custo	Quantidade	Valor	
ago/17	890	R$	265,50
set/17	657	R$	374,26
out/17	531	R$	419,72
nov/17	397	R$	542,56
dez/17	312	R$	804,86
jan/18	468	R$	484,17
fev/18	412	R$	548,94
mar/18	607	R$	426,26
abr/18	490	R$	494,50
mai/18	430	R$	511,42
jun/18	523	R$	461,45
Total	**5717**	**R$**	**5.333,64**
Média 11 meses	**520**	**R$**	**484,88**

Instituição: HCB - HOSPITAL DA CRIANCA DE BRASILIA JOSE ALENCAR			
Centro Custo: Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica			
Tipo Centro Custo: Final			
Periodo de: 08/2017 a 06/2018			
Item Produção: Atendimento			
Centro Custo	Quantidade	Valor	
ago/17	784	R$	517,41
set/17	645	R$	635,00
out/17	728	R$	544,88
nov/17	785	R$	532,47
dez/17	609	R$	716,18
jan/18	523	R$	831,46
fev/18	647	R$	602,04
mar/18	795	R$	559,30
abr/18	586	R$	761,18
mai/18	727	R$	554,03
jun/18	773	R$	628,23
Total	**7602**	**R$**	**6.882,18**
Média 11 meses	**691**	**R$**	**625,65**

Instituição: HCB - HOSPITAL DA CRIANCA DE BRASILIA JOSE ALENCAR			
Centro Custo: Ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica			
Tipo Centro Custo: Final			
Periodo de : 08/2017 a 06/2018			
Item Produção: Atendimento			
Centro Custo	Quantidade	Valor	
ago/17	1136	R$	267,06
set/17	967	R$	328,17
out/17	870	R$	375,71
nov/17	669	R$	514,56
dez/17	685	R$	484,47
jan/18	764	R$	370,31
fev/18	899	R$	364,40
mar/18	854	R$	419,85
abr/18	905	R$	394,61
mai/18	889	R$	457,52
jun/18	773	R$	628,23
Total	**9411**	**R$**	**4.604,89**
Média 11 meses	**856**	**R$**	**418,63**

Instituição: HCB - HOSPITAL DA CRIANCA DE BRASILIA JOSE ALENCAR			
Centro Custo: Ambulatório de Hematologia e Hemoterapia Pediátrica			
Tipo Centro Custo: Final			
Periodo de : 08/2017 a 06/2018			
Item Produção: Atendimento			
Centro Custo	Quantidade	Valor	
ago/17	1200	R$	474,81
set/17	1106	R$	529,44
out/17	955	R$	572,11
nov/17	1087	R$	561,67
dez/17	1090	R$	580,50
jan/18	1158	R$	514,69
fev/18	909	R$	645,16
mar/18	1095	R$	601,62
abr/18	1028	R$	657,11
mai/18	967	R$	671,24
jun/18	1001	R$	705,54
Total	**11596**	**R$**	**6.513,89**
Média 11 meses	**1054**	**R$**	**592,17**

Instituição: HCB - HOSPITAL DA CRIANCA DE BRASILIA JOSE ALENCAR
Centro Custo: Ambulatório de Nefrologia Pediátrica
Tipo Centro Custo: Final

Periodo de : 08/2017 a 06/2018			
Centro Custo	**Quantidade**	**Valor**	
ago/17	602	R$	1.030,20
set/17	485	R$	1.292,15
out/17	294	R$	1.904,18
nov/17	502	R$	1.266,19
dez/17	459	R$	1.328,04
jan/18	570	R$	1.104,09
fev/18	404	R$	1.550,44
mar/18	583	R$	1.152,29
abr/18	541	R$	1.296,41
mai/18	453	R$	1.708,82
jun/18	492	R$	1.442,78
Total	**5385**	**R$**	**15.075,59**
Média 11 meses	**490**	**R$**	**1.370,51**

Instituição: HCB - HOSPITAL DA CRIANCA DE BRASILIA JOSE ALENCAR			
Centro Custo: Ambulatório de Neurocirurgia			
Tipo Centro Custo: Final			
Periodo de : 08/2017 a 06/2018			
Item Produção: Atendimento			
Centro Custo	**Quantidade**	**Valor**	
ago/17	272	R$	196,23
set/17	226	R$	246,07
out/17	243	R$	148,36
nov/17	162	R$	225,09
dez/17	173	R$	294,35
jan/18	112	R$	530,26
fev/18	189	R$	248,75
mar/18	228	R$	281,63
abr/18	205	R$	324,51
mai/18	183	R$	331,86
jun/18	193	R$	372,94
Total	**2186**	**R$**	**3.200,05**
Média 11 meses	**199**	**R$**	**290,91**

Instituição: HCB - HOSPITAL DA CRIANCA DE BRASILIA JOSE ALENCAR			
Centro Custo: Ambulatório de Neurologia Pediátrica			
Tipo Centro Custo: Final			
Periodo de : 08/2017 a 06/2018			
Item Produção: Atendimento			
Centro Custo	**Quantidade**	**Valor**	
ago/17	1189	R$	365,60
set/17	1014	R$	459,66
out/17	954	R$	461,44
nov/17	1153	R$	387,89
dez/17	900	R$	509,80
jan/18	953	R$	457,60
fev/18	891	R$	458,51
mar/18	1058	R$	422,91
abr/18	972	R$	445,02
mai/18	923	R$	419,17
jun/18	836	R$	507,25
Total	**10843**	**R$**	**4.894,85**
Média 11 meses	**986**	**R$**	**444,99**

Instituição: HCB - HOSPITAL DA CRIANCA DE BRASILIA JOSE ALENCAR			
Centro Custo: Ambulatório de Nutrição Clínica			
Tipo Centro Custo: Final			
Periodo de : 08/2017 a 06/2018			
Item Produção: Atendimento			
Centro Custo	**Quantidade**	**Valor**	
ago/17	293	R$	270,76
set/17	277	R$	293,43
out/17	265	R$	299,14
nov/17	266	R$	269,32
dez/17	265	R$	350,21
jan/18	355	R$	226,16
fev/18	297	R$	271,32
mar/18	332	R$	242,02
abr/18	300	R$	265,05
mai/18	226	R$	346,70
jun/18	362	R$	234,37
Total	**3238**	**R$**	**3.068,48**
Média 11 meses	**294**	**R$**	**278,95**

Instituição: HCB - HOSPITAL DA CRIANCA DE BRASILIA JOSE ALENCAR			
Centro Custo: Ambulatório de Odontologia			
Tipo Centro Custo: Final			
Periodo de : 08/2017 a 06/2018			
Item Produção: Atendimento			
Centro Custo	**Quantidade**	**Valor**	
ago/17	1778	R$	123,15
set/17	1438	R$	135,78
out/17	1451	R$	128,33
nov/17	1583	R$	120,44
dez/17	1392	R$	169,04
jan/18	1387	R$	154,91
fev/18	1207	R$	172,81
mar/18	1477	R$	155,33
abr/18	1279	R$	144,80
mai/18	1124	R$	163,41
jun/18	1158	R$	178,55
Total	**15274**	**R$**	**1.646,55**
Média 11 meses	**1389**	**R$**	**149,69**

Anexo VIII – Valores paciente/dia IHBDF Centro de Custo Internação em Oncologia Clínica

Instituição: HBDF-HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL			
Centro Custo: Unidade de Internação - Oncologia			
Tipo Centro Custo: Final			
Periodo de : 01/2017 a 12/2017			
Mês	**Quantidade**	**Valor**	
jan/17	500	R$	1.897,60
fev/17	593	R$	1.454,48
mar/17	705	R$	1.252,02
abr/17	727	R$	1.299,17
mai/17	780	R$	1.244,33
jun/17	669	R$	1.443,80
jul/17	672	R$	1.304,33
ago/17	742	R$	1.155,59
set/17	403	R$	1.840,96
out/17	410	R$	1.928,46
nov/17	432	R$	1.539,84
dez/17	419	R$	1.834,01
Total	7052	**R$**	**18.194,59**
Média 12 meses	588	**R$**	**1.516,22**

Anexo IX – Cronograma de Repasses

1º ANO (mar/2019 a fev/2020)			2º ANO (mar/2020 a fev/2021)			3º ANO (mar/2021 a fev/2022)			4º ANO (mar/2022 a fev/2023)			5º ANO (mar/2023 a fev/2024)		
Parcela	Mês	Valor	Parcela	Mês	Valor	Parcela	Mês	Valor	Parcela	Mês	Valor	Parcela	Mês	Valor
1ª	mar/19	R$ 18.270.938,79	1ª	mar/20	R$ 22.277.227,16	1ª	mar/21	R$ 22.277.227,16	1ª	mar/22	R$ 22.277.227,16	1ª	mar/23	R$ 22.277.227,16

2ª	abr/19	R$ 18.270.938,79	2ª	abr/20	R$ 22.277.227,16	2ª	abr/21	R$ 22.277.227,16	2ª	abr/22	R$ 22.277.227,16	2ª	abr/23	R$ 22.277.227,16
3ª	mai/19	R$ 18.270.938,79	3ª	mai/20	R$ 22.277.227,16	3ª	mai/21	R$ 22.277.227,16	3ª	mai/22	R$ 22.277.227,16	3ª	mai/23	R$ 22.277.227,16
4ª	jun/19	R$ 22.277.227,16	4ª	jun/20	R$ 22.277.227,16	4ª	jun/21	R$ 22.277.227,16	4ª	jun/22	R$ 22.277.227,16	4ª	jun/23	R$ 22.277.227,16
5ª	jul/19	R$ 22.277.227,16	5ª	jul/20	R$ 22.277.227,16	5ª	jul/21	R$ 22.277.227,16	5ª	jul/22	R$ 22.277.227,16	5ª	jul/23	R$ 22.277.227,16
6ª	ago/19	R$ 22.277.227,16	6ª	ago/20	R$ 22.277.227,16	6ª	ago/21	R$ 22.277.227,16	6ª	ago/22	R$ 22.277.227,16	6ª	ago/23	R$ 22.277.227,16
7ª	set/19	R$ 22.277.227,16	7ª	set/20	R$ 22.277.227,16	7ª	set/21	R$ 22.277.227,16	7ª	set/22	R$ 22.277.227,16	7ª	set/23	R$ 22.277.227,16
8ª	out/19	R$ 22.277.227,16	8ª	out/20	R$ 22.277.227,16	8ª	out/21	R$ 22.277.227,16	8ª	out/22	R$ 22.277.227,16	8ª	out/23	R$ 22.277.227,16
9ª	nov/19	R$ 22.277.227,16	9ª	nov/20	R$ 22.277.227,16	9ª	nov/21	R$ 22.277.227,16	9ª	nov/22	R$ 22.277.227,16	9ª	nov/23	R$ 22.277.227,16
10ª	dez/19	R$ 22.277.227,16	10ª	dez/20	R$ 22.277.227,16	10ª	dez/21	R$ 22.277.227,16	10ª	dez/22	R$ 22.277.227,16	10ª	dez/23	R$ 22.277.227,16
11ª	jan/20	R$ 22.277.227,16	11ª	jan/21	R$ 22.277.227,16	11ª	jan/22	R$ 22.277.227,16	11ª	jan/23	R$ 22.277.227,16	11ª	jan/24	R$ 22.277.227,16
12ª	fev/20	R$ 22.277.227,16	12ª	fev/21	R$ 22.277.227,16	12ª	fev/22	R$ 22.277.227,16	12ª	fev/23	R$ 22.277.227,16	12ª	fev/24	R$ 22.277.227,16
Total		**R$ 255.307.860,87**	**Total**		**R$ 267.326.725,98**	**Total**		**R$ 267.326.725,98**	**Total**		**R$ 267.326.725,98**	**Total**		**R$ 267.326.725,98**
												Total do Contrato		**R$1.324.614.764,77**

Anexo X - Modelo de Atestado de Visita Técnica da Unidade de Saúde

Em cumprimento ao Edital de Seleção Nº 001/2018, atesto que o responsável técnico-médico desta Pessoa Jurídica (ou o Representante credenciado da Organização Social)_____, vistoriou as instalações físicas do Hospital da Criança de Brasília José Alencar, localizado no Setor de Áreas Isoladas Norte - SAIN Lote 4-B, Brasília – DF, e tomou ciência dos equipamentos disponibilizados pela SES/DF.

Brasília-DF, _____de_____ de 2018.

_____
Assinatura e identificação do Representante da SES/DF

_____
Assinatura e identificação do Representante Legal da Organização Social

Anexo XI do Edital – Declaração de conhecimento do inteiro teor do Edital

Pela presente DECLARAÇÃO torno público para o fim que se especifica na Seleção de N.º 001/2018, que conheço o inteiro teor do Edital de Seleção que objetiva sistematizar a melhor escolha para organização, administração e gerenciamento do Hospital da Criança de Brasília José Alencar, com vistas à prestação de serviços de organização, administração e gerenciamento.

Declaro que conheço e irei observar as leis e normas jurídicas que respaldam tal edital de Seleção, em especial a Lei Federal n.º 8.080/90, Lei Distrital nº 4.081/2008 e o Decreto Distrital n.º 29.870/2008 e que irei respeitar o caráter público do Hospital da Criança de Brasília José Alencar.

Brasília-DF, _____de_____ de _____.

_____
Assinatura e identificação do Representante Legal da Organização Social

Anexo XII - Modelo de Procuração

OUTORGANTE.....por seu representante legal..... (nacionalidade, estado civil, profissão) portador do Registro de Identidade n.º ....., expedido pela ..... devidamente inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda sob o n.º ....., residente e domiciliado na cidade de ....., Estado de .....à Rua ....., n.º....., na forma de seus estatutos, outorga a: (OUTORGADO) ..... (nacionalidade, estado civil, profissão), portador do Registro de Identidade N.º ....., expedida pela ....., residente e domiciliado na cidade de ....., Estado de ....., à Rua ....., N.º ..... , PODERES para assinar em nome da Outorgante o eventual Contrato de Gestão e demais documentos relativos à execução do mesmo, celebrado com a SES/DF, em...../...../....., conforme Edital de Seleção Nº 001/2018, publicado no DODF do dia ...../...../....., podendo o dito ....., no exercício do presente mandato, praticar todos os atos necessários ao seu fiel cumprimento, obrigando-nos e aos nossos sucessores, pelo que tudo dá por bom, firme e valioso.

Brasília-DF, _____de_____ de _____.

(Assinatura e identificação do Outorgante)

Documento assinado eletronicamente por **FERNANDA GEORGIA DE OLIVEIRA ANDRADE YAMADA - Matr.1681448-7**, **Membro da Comissão de Elaboração de Instrumentos de Contratação**, em 16/11/2018, às 08:18, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **IOHAN ANDRADE STRUCK - Matr.1677744-1**, **Assessor**, em 16/11/2018, às 08:35, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **ADRIANA GARRIDO MARTINS - Matr.0146567-8**, **Diretor(a) de Contratos de Gestão e Contratos Assistenciais Complementares**, em 16/11/2018, às 09:03, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **IVANA RIBEIRO NOVAES - Matr.0129871-2**, **Referência Técnica Distrital (RTD) Pediatria**, em 16/11/2018, às 09:48, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **LUANA BRITO HOLANDA - Matr.1684322-3**, **Enfermeiro(a)**, em 16/11/2018, às 09:52, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **CLAUDIO JOSE FERREIRA LIMA JUNIOR - Matr.0192786-8**, **Assessor(a)**, em 16/11/2018, às 09:57, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **CARLOS FERNANDO DAL SASSO DE OLIVEIRA - Matr.1672694-4**, **Subsecretário(a) de Planejamento em Saúde**, em 16/11/2018, às 10:05, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **MANUELA VALENTIM CONDE DE CASTRO - Matr.0141643-X**, **Coordenador(a) Especial de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde**, em 16/11/2018, às 10:14, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **BRUNO DE ALMEIDA PESSANHA GUEDES - Matr.1433116-0**, **Diretor(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços**, em 16/11/2018, às 12:35, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **FABIO VINICIUS PIRES MICAS DA SILVA - Matr.0189161-8**, **Coordenador(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços**, em 16/11/2018, às 16:21, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **RODRIGO PINHEIRO DE ABREU MIRANDA - Matr.0152693-6**, **Referência Técnica Distrital (RTD) Cirurgia Pediátrica**, em 16/11/2018, às 17:50, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **MARUCIA VALENÇA BARBOSA DE MIRANDA - matr. 01375881**, **Subsecretário(a) de Administração Geral**, em 19/11/2018, às 09:32, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **FERNANDO HENRIQUE DE PAULA UZUELLI - Matr.157109-5**, **Coordenador(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 19/11/2018, às 10:45, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **FRANCINO MACHADO DE AZEVEDO FILHO - Matr.1440492-3**, **Diretor(a) de Serviços de Urgências, Apoio Diagnóstico e Cirurgias**, em 19/11/2018, às 11:06, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **CARMEN LIVIA FARIA DA SILVA MARTINS - Matr.0172073-3**, **Médico(a) Pediatra**, em 20/11/2018, às 11:04, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **MARTHA GONÇALVES VIEIRA - Matr.16809521**, **Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 20/11/2018, às 12:06, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **MARIANE SANTOS DE MORAIS - Matr.1658068-0**, **Subsecretário(a) de Gestão de Pessoas**, em 21/11/2018, às 12:01, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **BARBARA DE FARIA ROCHA - Matr.0140205-6**, **Gerente de Administração de Profissionais**, em 21/11/2018, às 12:07, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site: http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 verificador= **15006959** código CRC= **9B4BD187**.