

ANEXO I

TERMO DE COMPROMISSO DE APOIO HOSPITALAR

Pelo presente Termo de Compromisso, de um lado a Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Rio de Janeiro, com endereço na Rua México 128 - 5º andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, inscrita no CNPJ nº 42.498.717/0001-55, neste ato representada pelo Secretário de Estado da Saúde, Alexandre Otávio Chieppe, e do outro lado o Município _____, representado pelo (a) Sr (a). _____, CPF nº _____ Secretário Municipal de Saúde, o estabelecimento hospitalar _____, com endereço na _____, CEP _____, inscrito no CNPJ nº _____, CNES nº _____ neste ato representado pelo(a) Sr (a). _____, CPF nº _____ na condição de _____ com legítimos poderes de representação resolvem, nos termos do Programa de Apoio aos Hospitais Regionais da Metropolitana II e Baixada Fluminense– PAHI RM - no Estado do Rio de Janeiro, celebrar o presente Termo nas seguintes condições:

1. O pagamento da importância de R\$ _____ referente ao valor será repassado em parcelas, com base na classificação da instituição.
2. O repasse ocorrerá mediante transferência do Fundo Estadual de Saúde - FES ao Fundo Municipal de Saúde - FMS, na conta corrente do Banco Bradesco.
3. A Unidade Hospitalar não poderá deixar de utilizar os sistemas oficiais de informação. A descontinuidade dessa informação por período superior a 60 dias levará a interrupção imediata do repasse dos recursos.
4. O não cumprimento das disposições da Resolução Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro nº _____, que institui o Programa de Apoio aos Hospitais Regionais da Metropolitana II e Baixada Fluminense – PAHI - RM, e do presente Termo sujeitará os infratores às penalidades previstas na legislação.

E, por estarem de acordo com o presente termo e condições nele estabelecidas, assinam este instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas, a fim de gerar efeitos jurídicos e legais.

Rio de Janeiro - RJ, ____ de _____ de 2021.

DIRETOR GERAL DO HOSPITAL

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO II

CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO HOSPITALAR

Este anexo tem o objetivo definir o mecanismo de repasse de recursos por unidade hospitalar que integre o Programa de Apoio aos Hospitais Regionais da Região Metropolitana II e Baixada Fluminense, a partir da aplicação dos critérios abaixo especificados.

Para elaboração da proposta, considerou-se:

1. A Portaria SAS/MS nº 706, de 20.07.2012, que altera a Tabela de Tipos de Estabelecimentos/Unidade do SCNES com os respectivos códigos, descrições e conceitos;
2. http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm, com informações sobre os tipos de estabelecimentos de saúde;
3. Dados do Sistema de cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES 2021;
4. Dados de Produção SIH 2020.

Os hospitais foram classificados considerando-se oito itens de avaliação que aparecem descritos na tabela de pontuação a seguir:

TABELA DE ITENS DE AVALIAÇÃO HOSPITALAR.

PONTOS	ITENS DE AVALIAÇÃO							
	A	B	C	D	E	F	G	H
	Nº LEITOS SUS	LEITOS UTI EXISTENTES	LEITOS UTI SUS SCNES	SALAS DE CIRURGIA SCNES	% ATENDIMENTO DE MÉDIA COMPLEXIDADE E DE OUTROS MUNICIPIOS (SIH-2020)	% ATENDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE E DE OUTROS MUNICIPIOS (SIH-2020)	NÚMERO ABSOLUTO DE ATENDIMENTOS	HABILITAÇÃO ALTA COMPLEXIDADE - TRAUMATO-ORTOPEDIA, ONCOLOGIA, CARDIOLOGIA, GAR
1	até 59	Até 9	Até 9	1 a 2	10.1 a 15	20.1 a 30	1001 a 4000	1 PONTO PARA CADA HABILITAÇÃO
2	60 a 149	10 a 19	10 a 19	3 a 4	15.1 a 20	30.1 a 40	4001 a 10.000	
3	150 a 249	20 a 29	20 a 29	5 a 6	20.1 a 30	40.1 a 50	10.0001 a 15.000	
4	250 a 349	30 a 39	30 a 39	7 a 8	30.1 a 40	50.1 a 60	15.001 a 20.000	
5	350 a mais	40 a mais	40 a mais	9 a mais	40.1 a mais	60.1 a mais	20.001 a mais	

A classificação e enquadramento dos hospitais, em cada um dos "Itens de Avaliação" serão de acordo com os seguintes entendimentos estabelecidos:

Coluna A: Leitos Totais SUS - Será considerado o quantitativo total dos leitos SUS no hospital e cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

Coluna B: Leitos Complementares Existentes - Será considerado o quantitativo de leitos cadastrados como SUS (habilitados) no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES;

Coluna C: Leitos Complementares SUS - Será considerado o quantitativo de leitos cadastrados como SUS (habilitados) no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES;

Coluna D: Número de Salas Cirúrgicas- Será considerado o quantitativo total de salas de cirurgias informadas no SCNES.

Coluna E: Percentual de atendimentos de pacientes de outros municípios na média complexidade - será considerado a média anual de atendimentos na média complexidade informada no Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS em 2020.

Coluna F: Percentual de atendimentos de pacientes de outros municípios na alta complexidade - será considerado a média anual de atendimento de alta complexidade informada no Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS em 2020.

Coluna G: Número de Atendimentos informados no Sistema de Informação Hospitalar - SIH em 2020 (janeiro a dezembro)

Coluna H: Habilitação em Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia; Cardiologia, Oncologia e Gestação de Alto Risco.

A classifica o de cada hospital se dará segundo o enquadramento do total de sua pontua o em um dos níveis abaixo especificados:

TABELA DA PONTUA O DA CLASSIFICA O HOSPITALAR

CLASSIFICA�O	Total de Pontos
I	1 a 8
II	9 a 12
III	13 a 19
IV	20 a 30
V	33 a 44

ANEXO III

TABELA DE VALORES PACTUADOS PARA O PERÍODO 2021 PARA HOSPITAIS E MUNICIPIOS ONDE ESTÃO LOCALIZADOS

CLASSIFICA�O	VALOR TOTAL ANUAL
HOSPITAL CLASSIFICA�O I	R\$ 4.800.000,00

HOSPITAL CLASSIFICAÇÃO II	R\$ 9.600.000,00
HOSPITAL CLASSIFICAÇÃO III	R\$ 14.400.000,00
HOSPITAL CLASSIFICAÇÃO IV	R\$ 36.000.000,00
HOSPITAL CLASSIFICAÇÃO V	R\$ 48.000.000,00

ANEXO IV

INSTITUIÇÕES HOSPITALARES QUE PODERÃO SER CONTEMPLADOS PELO PROGRAMA DE APOIO AOS HOSPITAIS REGIONAIS DA METROPOLITANA II E BAIXADA FLUMINENSE – PAHI RM

REGIÃO	MUNICÍPIO	CNES	HOSPITAL	VALOR ANUAL
METROPOLITANA I	BELFORD ROXO	2289571	HOSPITAL MUNICIPAL DE BELFORD ROXO	R\$ 4.800.000,00
METROPOLITANA II	ITABORAI	2268922	HOSPITAL MUNICIPAL DESEMBARGADOR LEAL JUNIOR	R\$ 9.600.000,00
METROPOLITANA II	RIO BONITO	2296241	HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS	R\$ 14.400.000,00
METROPOLITANA I	DUQUE DE CAXIAS	6007317	HOSPITAL MUNICIPAL MOACYR RODRIGUES DO CARMO	R\$ 36.000.000,00
METROPOLITANA I	NOVA IGUAÇU	2798662	HGNI	R\$ 48.000.000,00