TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO

DIRETORIA DE CONTAS DO GOVERNADOR

COMPARAÇÃO DE HOSPITAIS ESTADUAIS PAULISTAS:

Estudo comparativo entre gerenciamento da administração direta e das organizações sociais da saúde

Dr. Renato Martins Costa

Conselheiro Relator

São Paulo - SP

2010

LISTA DE SIGLAS

AD	Administração Direta
AIH	Autorizações de Internação Hospitalar
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CFC	Conselho Federal de Contabilidade
CGA	Coordenadoria Geral de Administração/SES-SP
CGCSS	Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
CID	Codificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DRAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle
GNACS	Grupo Normativo de Auditoria e Controle da Saúde da SES/SP
OPM	Órteses, Próteses e Materiais
OSS	Organização Social de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPI	Programação Pactuada e Integrada
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SADT	Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia
SAMU	Serviço Móvel de Urgência e Emergência
SES/SP	Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo

SIA Sistema de Informações Ambulatoriais

SIGEO Sistema de Informações Gerenciais da Execução Orçamentária

SIGTAP Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS

SIH Sistema de Informações Hospitalares

SNA Sistema Nacional de Auditoria do SUS

SRFB Secretaria da Receita Federal do Brasil

SUS Sistema Único de Saúde

TABWIN Tabulador de informações de saúde para Windows

UGE Unidade Gestora Executora

UTI Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 - Processamento Ambulatorial e Sistemas envolvidos. 23

QUADROS

Quadro 1 - Evolução do Contrato de Gestão..... 15
Quadro 2 - SUS versus Organizações Sociais..... 17
Quadro 3 - Modelo de Demonstração do Resultado Econômico.... 28
Quadro 4 - Caracterização da Amostra..... 35
Quadro 5 - Categorias de Equipamentos..... 42
Quadro 6 - Categorias de Equipamentos - CNES..... 43
Quadro 7 - Indicadores e Conceitos..... 64
Quadro 8 - Indicadores e Parâmetros do Ministério da Saúde.. 66

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO 6
1.1 – Antecedentes 7
1.2 – Objetivos 9
2 – CONSIDERAÇÕES 11
2.1 – Lógica e mecanismos de controle da reforma do Estado 11
2.2 – Parcerias com as organizações sociais de saúde 12
2.3 – Diferenças dos modelos de gestão: AD versus OSS 17
2.4 – Estatísticas em Saúde 20
2.5 – Sistemas e Aplicativos - SUS 22
2.6 – Resultado econômico 26
3 – METODOLOGIA 30
3.1 – Estratégia de investigação 30
3.2 – Definição da amostra 31
3.3 – Limitações 37
4 – ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE HOSPITAIS DE ADMINISTRAÇÃO DIRETA E ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE 38
4.1 – GESTÃO HOSPITALAR 38
4.1.1 – Capacidade hospitalar 38
4.1.2 – Perfil dos Equipamentos médico-hospitalares 41
4.1.3 – Recursos humanos 46
4.1.4 – Materiais 52
4.1.5 – Serviços 53
4.1.6 – Recursos Financeiros 56
4.2 – REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS 58
4.3 – CONTROLE DO SUS 61
4.4 – INDICADORES 64
4.4.1 – Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS) 67
4.4.2 – Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista(OSS) . 73
4.4.3 – Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS) 79
4.5 – DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO ECONÔMICO 84
4.5.1 – Hospital de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS) 88
4.5.2 – Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista(OSS) . 89
4.5.3 – Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS) 90
5 – SÍNTESE DO APURADO 91
REFERÊNCIAS 96
ANEXOS 104
ANEXO A: TABELAS 104
ANEXO B: GRADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 107
ANEXO C: TABWIN – DADOS UTILIZADOS E LOG 110

1 – INTRODUÇÃO

Ao Tribunal de Contas compete atuar na fiscalização contábil, financeira orçamentária, operacional e patrimonial do Estado de São Paulo[1].

Especificamente sobre as contas que o Governo do Estado apresentar, ao Tribunal cumpre emitir parecer prévio anualmente à Assembleia Legislativa, por meio de uma apreciação geral e fundamentada sobre o exercício financeiro e a execução do orçamento.

Para o feito, é designado o Relator, que independentemente da entrada das contas no Tribunal, assumirá as funções de preparador, acompanhando o trabalho da Diretoria competente e demais órgãos técnicos incumbidos das tarefas relativas àquelas contas, podendo ordenar o que convier, dentro ou fora do Tribunal, para subsidiar a respectiva instrução.

Por sua vez, à Diretoria competente para o exame e instrução das contas do Governador do Estado caberá o preparo de todos os elementos e informações necessárias ao seu exame e instrução.

Nesse contexto, o trabalho em questão decorre de solicitação do Conselheiro Relator das Contas do Governador do Estado de São Paulo do Exercício de 2010 a esta Diretoria para comparar seis estabelecimentos hospitalares estaduais com

[1] Disponível em <http://www.tce.sp.gov.br/instituicao/sobre/competencia.shtm>. Acesso em: 03 jan. 2011

modelo de gerência[2] diferentes, entre Administração direta(AD) e Organização Social da Saúde(OSS), mas de mesmo porte e semelhante complexidade.

1.1 – Antecedentes

Sem a pretensão de identificar exaustivamente, a comparação dos modelos de gerenciamento hospitalar já foi objeto da CPI "Remuneração dos Serviços Médico-Hospitalares" constituída na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo[3] sob o tema "III) SUS – Sistema Único de Saúde" e o subtema "Organizações Sociais da Saúde".

Anterior a isso, mas para fins de aferir a aplicação de percentual mínimo na saúde, o trabalho desenvolvido pelo TC – 15063/026/2004 referenciado no TC 17712/026/03, ainda em trâmite[4], tratou em base de teste e por amostragem dos hospitais geridos por organizações sociais, mediante contrato de gestão, em relação a pontos como: faturamento SUS; termo de permissão de uso; remuneração dos dirigentes e empregados; almoxarifado; compras; e rateio das despesas administrativas.

---

[2] Pela NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS), "gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal."

3 CPI Remuneração dos Serviços Médico-Hospitalares, Relatório Final. Disponível em <http:/www.al.sp.gov.br/StaticFile/documentacao/cpi_remuneracao_servicoshosp_relatorio_final.htm>. Acesso em 24.03.2010.

[4] Disponível em <http://www2.tce.sp.gov.br/protocolo/Tc01sql1.asp>. Acesso em 02.02.2011.

Já especificamente no assunto parcerias com as organizações sociais de saúde, merece destaque a deliberação nº 1 de 10.03.2005 do Conselho Nacional de Saúde, acompanhada pelo Conselho Estadual de Saúde na Deliberação CES 1, de 04.04.2007, publicada no Diário Oficial do Estado, inclusive ao fazer constar no Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2008-2011, como política de gestão em saúde no Estado de São Paulo,(...)que: "O Conselho Estadual de Saúde de São Paulo posiciona-se contrário à terceirização da gerência e da gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) ou de outros mecanismos com objetivo idênticos(*sic*), e ainda, de toda e quaisquer iniciativa que atende(*sic*) contra os princípios e diretrizes do SUS. O Conselho Estadual de Saúde de São Paulo estabelece o prazo de 12 (doze) meses, a partir da aprovação desta deliberação, para que os órgãos de gestão da SES/SP adotem medidas para seu cumprimento."

Mais abrangente, perdura há doze anos no STF um questionamento quanto à constitucionalidade da Lei nº 9.637, de 15 de março de 1998, aprovada em conjunto com o Plano Nacional de Publicização, por meio de Ação Direta de Inconstitucionalidade proposta em 01.12.1998 (ADI 1.923-MC/DF[5]), com possível implicação no gerenciamento hospitalar do Estado de São Paulo se a lei federal for considerada inconstitucional, uma vez que a decisão pode ser seguida pelos demais tribunais, pondo fim ao modelo delineado na Lei

[5] Disponível em <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=1739668>. Acesso em 02.02.2011

Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998, que ampara as Organizações Sociais de Saúde em São Paulo.

1.2 – Objetivos

No intento de comparar os hospitais com gerenciamentos distintos, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

a) selecionar hospitais de mesmo porte e semelhante complexidade, por meio dos sistemas de informações e instrumentos do SUS;

b) comparar a administração hospitalar em termos de estrutura(leitos e equipamentos) e gestão(recursos humanos, materiais, serviços e recursos financeiros);

c) verificar de que forma é referenciado e controlado no âmbito do SUS;

d) comparar a produção e desempenho com variáveis e indicadores utilizados/elaborados no âmbito do SUS, bem como com a utilização do modelo de mensuração do resultado econômico.

Como limitação de escopo, o trabalho em questão não consistiu em auditoria, presumindo-se a fidedignidade dos dados coligidos, e ficou adstrito a evidenciar as variáveis selecionadas, sem adentrar em qual modelo de gerência é melhor, eficiente ou qualquer outra opinião, tanto por ser exclusiva do Conselheiro Relator ou Tribunal, bem como pelo tamanho da amostra e pela dependência de caracterização das variáveis (independente, dependente, antecedente ou

interveniente) e apropriado tratamento estatístico, deliberadamente dispensado na execução.

2 – CONSIDERAÇÕES

Antes, porém, de molde a contextualizar, têm-se as seguintes considerações, que sem consistir em referencial teórico, nortearam as escolhas das variáveis para esta comparação.

2.1 – Lógica e mecanismos de controle da reforma do Estado

Ao discorrer sobre a lógica e mecanismos de controle da reforma do Estado dos anos 90, Bresser Pereira(1997, pág. 15) elencou como uma das manifestações da crise do Estado a obsolescência da forma burocrática de administração, caracterizada pelos **custos crescentes**, **baixa qualidade e a ineficiência dos serviços sociais prestados pelo Estado por meio do emprego direto de burocratas estatais**.

Sobreditos serviços sociais, que por se situarem entre as atividades exclusivas de Estado e a de produção de bens e serviços para o mercado, consistiriam em atividades não-exclusivas, **categoria em que se incluiriam os serviços prestados pelos hospitais**.

Ao referenciar Bresser Pereira, Ferreira Junior(2004) comenta que, no setor das atividades não-exclusivas, a administração, além de ser descentralizada, teria de ser autônoma, com a sociedade civil dividindo com o governo as tarefas de controle. Para este setor, ter-se-ia o regime da

propriedade pública não-estatal financiada pelo Estado e controlada pela sociedade, ou por se tratarem de direitos humanos básicos ou pelas externalidades positivas não compensadas na forma de preço e lucro. Por conseguinte, com a transferência para o setor público não-estatal competitivo, tais atividades seriam transformadas em **organizações sociais**, em que o poder do Estado não estaria envolvido, mas com controle da sociedade por meio do conselho de administração e do governo pelo instrumento chamado **contrato de gestão**, pautado em **resultados a serem medidos e em indicadores de desempenho.**

Sob essas características, em que o poder do Estado não estaria envolvido, os serviços sociais não-exclusivos **não se submeteriam a administração pública burocrática** baseada no cumprimento de processos legalmente definidos, seja pela contratação de pessoal, seja para compra de bens e serviços, em atenção à demanda dos cidadãos-usuário ou cidadãos-cliente(Ferreira Junior, 2004).

2.2 – Parcerias com as organizações sociais de saúde

Na área da administração hospitalar, as principais dificuldades gerenciais decorrentes da administração pública burocrática dizem respeito:

- a contratação, remuneração, treinamento e dispensa de recursos humanos;
- a compra de serviços e insumos por meio de licitação;
- gestão e captação de recursos financeiros;

- interferências políticas.

Por conta destas dificuldades, Cidade Gomes(2004)[6] discorre que modelos de gerência de hospitais públicos surgiram no Estado de São Paulo nos anos 70 e 80, entre os quais a instituição de Fundações Privadas de Apoio à Administração de Hospitais Públicos e a transformação de alguns hospitais públicos da administração direta em fundações públicas, visando obter maior autonomia e agilidade administrativa. Atualmente, no Estado de São Paulo, agregam-se a esse movimento de reforma na gerência hospitalar as parcerias com organizações sociais.

O caminho percorrido para celebração de tais parcerias encontra-se na Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998, que grosso modo contempla:

1) verificado o cumprimento de pré-requisitos, a **qualificação** da entidade interessada como organização social da área de saúde(OSS) pelo Secretário da Saúde, habilitando-a à celebração de contrato de gestão, cujo processo alberga manifestação da Procuradoria Geral do Estado;

2) decidida a transferência do equipamento hospitalar, a **convocação pública** para manifestação das entidades qualificadas em firmar Contrato de Gestão, momento em que "são fornecidos os dados que definem as necessidades de saúde e de serviços hospitalares, apontadas pelos gestores locais e regionais da área, na qual está inserido o novo serviço, para que a organização social de saúde apresente um plano operacional detalhado de implantação e os custos estimativos do mesmo(Cidade Gomes, 2004, p. 7-8*);*

[6] Um dos autores citado no voto-vista do Ministro Gilmar Mendes na ADI 1.923-MC/DF

3) após análise das propostas apresentadas e parecer emitido pela coordenadoria responsável, a deliberação do Secretário da Saúde declarando a escolha da entidade gestora do estabelecimento; ratificando, nos termos do art. 26 da Lei Federal 8666/93, a dispensa de licitação; e autorizando a celebração do contrato de gestão.

Em relação às organizações sociais, para o contrato de gestão, "a intenção é a mesma que já se concretizou no direito francês e em outros países que seguiram o mesmo modelo, ou seja, fixar metas a serem cumpridas pela entidade em busca da **eficiência**; para incentivá-las, o poder público concede auxílios de diversos tipos, sujeitando as entidades a um **controle de resultados**. O contrato de gestão é o instrumento pelo qual se concretiza a parceria e se estabelecem as referidas metas, formas de incentivo e de controle." Di Pietro(2009, p. 270)

Ainda que amparada sob a mesma lei, o contrato de gestão evoluiu no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, conforme quadro sinóptico adiante, e vem evoluindo, inclusive pelas alterações na Lei Complementar 846/98, como a recente Lei Complementar 1.131, de 27 de dezembro de 2010, que permite ao hospital gerido por OSS, sob requisitos, ofertar seus serviços a pacientes particulares ou usuários de planos de saúde privados.

Quadro 1 - Evolução do Contrato de Gestão

CONTRATO DE GESTÃO 1998/2000	CONTRATO DE GESTÃO APÓS 2001
Dois instrumentos de relação : • Convênio SUS • Contrato de Gestão	Um único instrumento de relação: • CONTRATO DE GESTÃO
Duas fontes de receitas: • faturamento SIA / SIH • repasses SES	Uma única fonte de receita: • CONTRATO DE GESTÃO
Forma de financiamento: Primeiro ano • Repasses SES + faturamento SUS + desequilíbrio financeiro Segundo ano em diante • Faturamento SUS + 50% faturamento + • desequilíbrio financeiro	Forma de financiamento: • Orçamento de custeio prefixado • Orçamento de investimento analisado para cada atividade e/ou serviço proposto
Atividade/produção de cada hospital • Discutidas com os níveis locais/regionais e central, mais por necessidades urgentes do que de forma programada • Metas de produção semelhantes para todos os hospitais	Atividade/produção de cada hospital • Pactuada e consensuada entre os níveis locais, regionais e central • Quantificação prévia, específica para cada hospital • Orçamento de atividades atrelado ao orçamento econômico-financeiro
Forma de pagamento • Mensal, mediante apresentação de demonstrativo de despesas	Forma de pagamento • 90% do orçamento em doze parcelas mensais de valor fixo • 10% do orçamento vinculado ao alcance de indicadores de qualidade
AIH (SIH) e BPA (SIA) • utilizados apenas como registros para fins de faturamento ao SUS	AIH (SIH) e BPA (SIA) • utilizados como fonte de informações da atividade pactuada e para análise dos indicadores
Planilhas econômico-financeiras • utilizadas como instrumento de comprovação do desequilíbrio financeiro • conceituação não-padronizada para o preenchimento	Planilhas econômico-financeiras • utilizadas como instrumentos de acompanhamento da execução do orçamento pactuado previamente • conceituação padronizada para o preenchimento
Envio das informações à SES • em disquetes • em papel	Envio Das Informações À SES • Em Disquetes (SIA E SIH) • Via *web*
Controle e Avaliação • realizado através de instrumento desvinculado do Contrato de Gestão • conceitos divergentes na apresentação dos dados • diversos interlocutores – comunicação decorrente de situações de demanda, de modo relativamente sistematizado	Controle e Avaliação • realizado através de instrumentos instituídos pelo Contrato de Gestão • conceitos padronizados para a apresentação dos dados • interlocutores definidos com atribuições e funções específicas • instituição da Comissão de Acompanhamento para cada hospital • implantação de um Sistema de Custos Hospitalares padronizado

Fonte: Cidade Gomes(2004)

Explicando a alteração no modelo, Ferreira Junior(2004) informa que o financiamento feito por duas fontes, a primeira do Ministério da Saúde, decorrente do faturamento SUS, e a segunda fonte, oriundos da Secretaria do Estado da Saúde, com um repasse suplementar de recursos estaduais a partir de solicitação formal da entidade gestora, causou uma relação de dependência de complementação dada a insuficiência dos recursos de custeio da implantação dos hospitais.

Para diminuir essa dependência, que exigia solicitação mensal, algumas OSS optaram pela definição de um modelo assistencial com base em serviços que produzissem procedimentos de alta complexidade e mais bem remunerados pela Tabela SUS[7]. Por conta disso, em 2001, a SES mudou a forma de repasse financeiro, com a perspectiva da realização dos serviços com melhor resolubilidade, mais coerente com a lógica da organização do SUS.

Nesse modelo, ainda com Cidade Gomes(2004), o sistema de pagamento basear-se-ia na atividade(produção) por grandes linhas de produto e indicadores, ou seja, na produção de altas nas principais área de atuação(Obstetrícia, Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria e Psiquiatria) no caso de internação e de consultas, internações e SADT, no caso de ambulatório. Com efeito, os orçamentos de investimentos e novas ações seriam avaliados e, se procedessem, aprovados, independentemente do sistema baseado nas atividades(produção) por linhas de produto.

[7] Sinônimo de: Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e Tabela de Procedimentos do SUS.

2.3 – Diferenças dos modelos de gestão: AD versus OSS

Na 150ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, houve a aprovação de parecer, que tomando por base a Lei Federal 9.637/98, de 15 de maio de 1998, arrolou diferenças entre os modelos de gestão(gerência) SUS e Organizações Sociais:

Quadro 2 - SUS versus Organizações Sociais

Sistema Único de Saúde (SUS)	Organizações Sociais (OS)
Gestão Única do Sistema de Saúde em cada esfera de Governo (Gestão do Sistema e da Rede de Ações e Serviços).	Autonomia Administrativa e Financeira de cada OS.
Descentralização da Gestão entre as esferas de Governo	Descentralização das Ações e Serviços de Saúde para a Iniciativa Privada e não para os Municípios
Hierarquização dos Serviços, conforme a complexidade da atenção à saúde.	Autonomia Gerencial dos Serviços de Cada OS.
Financiamento Solidário entre as três esferas de Governo, conforme o tamanho da população, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços.	Financiamento definido no orçamento público, para cada OS, conforme a influência política de seus dirigentes, com "contrapartida da entidade" por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.
Regionalização	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas de Governo.
Universalidade e Integralidade da Atenção à Saúde	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas.
Participação da Comunidade, com a política de saúde definida em Conferências de Saúde.	Inexistente.
Controle Social, com Conselhos de Saúde que acompanham e fiscalizam a implementação da política de saúde e a utilização de seus recursos.	Inexistente. O controle social tal como é previsto na Lei 8.142/90 é substituído pelos tradicionais conselhos de administração internos.

(Conselho Nacional de Saúde. As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP´s como Instrumento de Gestão Pública na Área de Saúde, 2004).

A despeito dos Estados e Municípios poderem adotar medidas semelhantes ao plano federal, no Estado de São Paulo, as organizações sociais foram disciplinadas, segundo Di Pietro(2009), de forma mais adequada do que a lei federal, não restando dúvida de que elas administram serviço público por

delegação. No argumento da autora, o contrato de gestão da lei federal constituiu instrumento de fomento e, portanto, meio de incentivo à iniciativa privada, e não como forma de descentralização.

Nesse tocante, Ferreira Junior(2004) comenta que os hospitais estaduais paulistas foram entregues equipados para as organizações sociais sem que houvesse qualquer transferência patrimonial. **Ou seja, na publicização paulista, o Estado entrega os prédios hospitalares, equipamentos e materiais existentes, que continuam a pertencer ao patrimônio do Estado. Por sua vez, as organizações sociais efetuam a contratação de funcionários, de serviços ou suprimentos, que se sucedem de maneira similar aos de um hospital particular.**

Ainda assim, em meio às diferenças, ambas as leis deram autonomia e flexibilidade, inclusive para os dirigentes desses serviços ao: permitirem a contratação sem concurso público; adquirir bens e serviços sem processo licitatório; e estipular plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade. Contudo, nem por isso a submissão dessas organizações sociais é integral ao regime jurídico privado, dada a exigência de obediência pela entidade a determinadas normas e princípios próprios do regime jurídico publicístico, contidas no contrato de gestão(Di Pietro, 2009). No que concerne à saúde, por exemplo, a organização social de saúde deverá observar os princípios do Sistema Único de Saúde, expressos no artigo 198 da Constituição Federal e no artigo 7° da Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990(art. 6° da Lei Complementar 846/98). Ademais, ao receberem ajuda ou incentivo do Estado sujeitam-se ao controle pela Administração Pública e pelo Tribunal de Contas(Di Pietro, 2009).

No que diz respeito ao controle da Administração Pública na área de saúde, existe o Sistema Nacional de Auditoria - SNA, instituído pelo art. 6º da Lei 8.689, de 27 de julho de 1993 e regulamentado pelo Decreto 1.651, de 28 de setembro de 1995, que se desdobra nos três níveis de gestão que compõem o SUS, incluído o **estadual**. Referido sistema "se reveste das atividades de auditoria, suplementando outras instâncias de controle e subsidiando o processo de planejamento das ações de saúde, sua execução, gerência técnica e avaliação qualitativa dos resultados obtidos."(Brasil, 1998).

Pelo decreto, compete ao componente estadual do SNA verificar, entre outras, os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados(art. 5º, II), em que procederá(art. 3º):

"I - à **análise**:

a) do contexto normativo referente ao SUS;

b) de planos de saúde, de programações e de relatórios de gestão;

c) dos sistemas de controle, avaliação e auditoria;

d) **de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar**;

e) de indicadores de morbi-mortalidade;

f) de instrumentos e critérios de acreditação, credenciamento e cadastramento de serviços;

g) da conformidade dos procedimentos dos cadastros e das centrais de internação;

h) do desempenho da rede de serviços de saúde;

i) dos mecanismos de hierarquização, referência e contra-referência da rede de serviços de saúde;

j) **dos serviços de saúde prestados, inclusive por instituições privadas, conveniadas ou contratadas;**

l) **de prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;**

II - à verificação:

a) **de autorizações de internações e de atendimentos ambulatoriais,**

b) de tetos financeiros e **de procedimentos de alto custo;**

III - **ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo, em caso de irregularidade sujeita a sua apreciação**, ao Ministério Público, se verificada a prática de crime, e o chefe do órgão em que tiver ocorrido infração disciplinar, praticada por servidor publico, que afete as ações e serviços de saúde. ”

No exercício desta auditoria, merecem destaque a Portaria SAS N° 544, de 10.09.1999, e Portaria SAS N° 98, de 28.03.2000, que determinam a análise de prontuários médicos das AIH que não atinjam a faixa etária e o tempo mínimo de permanência dos procedimentos da Tabela do SIH-SUS, bem como daquelas com pacientes com a mesma identificação/homônimos.

2.4 – Estatísticas em Saúde

As estatísticas em saúde fazem parte da terminologia hospitalar que normativamente circula desde a Portaria n° 30, de 11 de fevereiro de 1977, revogada totalmente pela vigente Portaria 282, de 19 de novembro de 1982, e são comumente

veiculadas em periódicos e trabalhos científicos ou técnicos como **indicadores.**

Segundo Bittar(2001), "indicador é uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionado ou, ainda, uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos ao paciente e as atividades dos serviços de suporte." Situa como guia, pois **um indicador não é uma medida direta de qualidade, mas sim uma chamada que identifica ou dirige a atenção para assuntos específicos de resultados, dentro de uma organização de saúde, razão pela qual motiva uma revisão.**

Sob essa definição, um indicador pode ser uma taxa ou coeficiente, um índice, um número absoluto ou um fato, e mede aspectos qualitativos e/ou quantitativos relativos ao meio ambiente(condições de saúde de uma população), à estrutura(parte física da instituição), aos processos(atividades de cuidados de um paciente) e aos resultados(efeitos conseqüentes da combinação de fatores do meio ambiente, estrutura e processos acontecidos ao paciente).

Por meio desses tipos, os indicadores servem como instrumento de avaliação e controle dos serviços de saúde, tanto na parceria - quando são parte integrante do contrato de gestão, bem como no contrato programa celebrado com hospitais da administração direta, ou nas atribuições veiculadas no artigo 15 da Lei 8.080/90, em seus itens primeiro e terceiro, para os entes federativos.

Por conta disso, o Ministério da Saúde, pela Portaria 1.101, de 13 de junho de 2002, dispõe de parâmetros de forma a

orientar os gestores no aperfeiçoamento da gestão do SUS, inclusive para auxiliar no acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS.

Contudo, talvez pelas especificidades, informa Ferreira Junior(2004, p. 24) que, "em 1999, para acompanhar os hospitais administrados pelas OSS, foi constituído um grupo técnico vinculado diretamente ao Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde(...)Para apoiar este grupo técnico e desenvolver indicadores de desempenho das atividades dos hospitais das OSS foram contratados serviços externos de consultoria junto à Faculdade de Saúde da Universidade de São Paulo e à empresa espanhola de consultoria Gesaworld."

2.5 – Sistemas e Aplicativos - SUS

Como instrumento no processo de tomada de decisões, o SUS dispõe de um sistema único de informações assistenciais para subsidiar os gestores no planejamento, controle, avaliação, regulação e auditoria.

Referido sistema tem alimentação obrigatória pelos entes federativos, com base nos termos art. 15 do Regulamento do SUS(Portaria GM 2.048/2009), já que as transferências, fundo a fundo, do Ministério da Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios podem ser suspensas na falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no prazo de 1 (um) ano.

Compõem tais bancos de dados, no bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, os sistemas SIA, SIH e CNES (art. 67)[8], que disponibilizados pelo DATASUS, permitem as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência hospitalar e ambulatorial.

O SIA é o sistema que permite aos gestores locais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial pelos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS(Brasil, 2009d). Subsidia os processos da Programação Pactuada Integrada (PPI); fornece informações que possibilitem o acompanhamento e a análise da evolução dos gastos referentes à assistência ambulatorial; oferece subsídios para avaliação quantitativa e qualitativa das ações de saúde(Brasil, 2009d). O processamento da produção ambulatorial é executado pelo gestor local conforme a seguir.

Figura 1 - Processamento Ambulatorial e Sistemas envolvidos

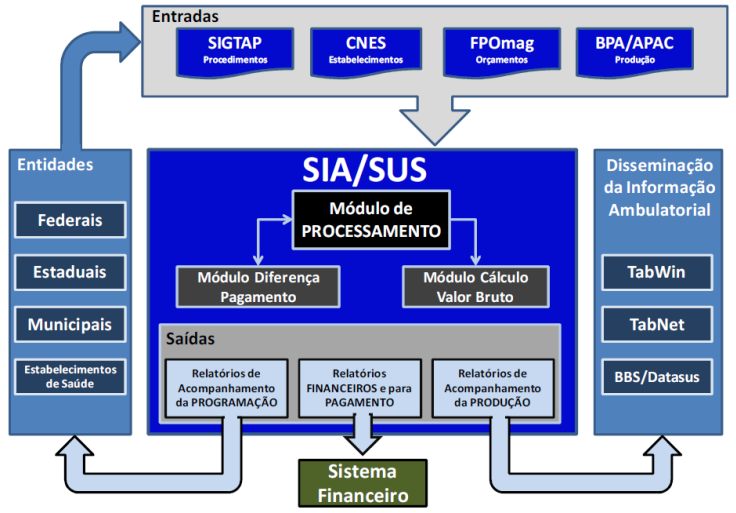

Figura 1 - Diagrama do processo completo de processamento ambulatorial e os sistemas envolvidos

Fonte: Brasil, 2009d

[8] A entidade de saúde deverá obrigatoriamente informar ao Ministério da Saúde a totalidade das internações e atendimentos ambulatoriais e alterações referentes ao CNES para fazer jus à certificação como entidade beneficente (art. 4° e 5° Lei 12.101/2009)

A produção ambulatorial dos hospitais advém da consolidação dos documentos BPA(Boletim de Produção Ambulatorial) e APAC(Autorização de Procedimento de Alta Complexidade), obtidos por meio dos seguintes aplicativos(Brasil, 2009d).

- **Ficha de Programação Orçamentária Magnética (FPO-Mag):** é o aplicativo que possibilita ao gestor local registrar a programação física orçamentária ambulatorial, de cada estabelecimento de saúde, que presta atendimento ao SUS. A programação deve estar coerente com a PPI e baseada em contrato/convênio com o SUS.

- **BPA-Mag e APAC-Mag:** são aplicativos de captação do atendimento ambulatorial que permitem ao prestador de serviço vinculado ao SUS, registrar o atendimento realizado no estabelecimento de saúde, em regime ambulatorial.

Já os serviços hospitalares prestados advêm da consolidação da produção dos estabelecimentos proveniente da AIH - documento cuja finalidade é registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares no âmbito do SUS. O fluxo da produção hospitalar se dá seguinte forma(Brasil, 2010b):

- Nos procedimentos eletivos, o fluxo inicia-se com uma consulta em estabelecimento de saúde ambulatorial onde o profissional assistente emite o laudo;

- Nos procedimentos de urgência, o fluxo inicia-se com o atendimento direto no estabelecimento para onde o usuário for levado, ou por um encaminhamento de outra unidade ou ainda pela Central de Regulação ou SAMU, onde houver.

A consulta/atendimento que gera a internação deve ocorrer em estabelecimento de saúde integrante do SUS. O profissional: médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro obstetra que realizou a consulta/atendimento, solicita a Autorização para Internação Hospitalar(AIH) devendo, obrigatoriamente, preencher o Laudo - documento utilizado para solicitar a autorização para internação hospitalar, que contém dados de identificação do paciente, informações de anamnese, exame físico, resultados de exames complementares, e descrição das condições que justificam a internação do paciente, além da hipótese diagnóstica inicial e/ou o diagnóstico definitivo.(Brasil, 2010b)

Além dos sistemas que permitem a captação dos dados, a operacionalização do SIA e SIH é viabilizada pelos seguintes sistemas básicos:

- **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP):** sistema que gerencia a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e que contém todos os procedimentos, atributos e regras que possibilitam o processamento da produção ambulatorial e hospitalar, por meio do SIA e SIH, assim como a captação do atendimento ambulatorial e hospitalar, através dos aplicativos BPA-Mag e APAC-Mag(ambulatorial) e SISAIH01(hospitalar);
- **Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES):** sistema que possibilita efetuar o cadastramento de todos os estabelecimentos de saúde e de profissionais prestadores de serviço ao SUS, ou não. O cadastro dos estabelecimentos de saúde que prestam atendimento de saúde, em regime ambulatorial e/ou hospitalar foi unificado por meio do

SCNES, cujo documento básico é a Ficha de Cadastramento de Estabelecimento de Saúde (FCES).

As informações processadas no SIA e SIH são encaminhadas, pelas secretarias estaduais e municipais de saúde ao DATASUS, para alimentar o Banco de Dados Nacional, cabendo a esse, efetuar a validação desses bancos de dados e realizar a disseminação das informações. A disseminação das informações ambulatoriais e hospitalares ocorre por meio do:

- **TABNET:** Instrumento online tabulador de diversas informações de saúde. Há um módulo específico desta ferramenta na página do DATASUS para consulta da produção ambulatorial.

- **TABWIN:** Aplicativo tabulador de informações de saúde para Windows. Todos os arquivos de configuração (DEF/CNV) e de produção necessários para que o Tabwin consulte a produção ambulatorial e hospitalar estão disponíveis no site do DATASUS.

- **MSBBS/DATASUS:** Os arquivos de produção ambulatorial e hospitalar podem ser obtidos sem necessidade de utilizar o Tabwin. Por serem arquivos Dbase (DBF) compactados, podem ser importados e tratados por outras ferramentas de banco de dados.

2.6 – Resultado econômico

Freitas *apud* Torres(2009) denominou como "fragmentação dos poderes administrativos" o processo de descentralização, inclusive de parcerias público-privadas, em que o **contrato administrativo(contrato público) passou a ser o instrumento de atuação da Administração Pública em detrimento da prática do ato administrativo**.

Para esse processo, Slomski(2001) apresentou proposta para lastrear a decisão dos gestores públicos na celebração de parcerias público-privadas. Apesar de dizer que as entidades públicas existem para minimizar custos ao cidadão, uma vez sem fins lucrativos, propôs um modelo conceitual pautado na **mensuração e demonstração do resultado econômico**, podendo ser parcial ou global, de uma entidade pública ou de uma atividade. Isto porque, segundo Slomski(2006, p. 391), conhecer apenas os custos, a despeito de ser de grande valia para a administração pública, pouco contribui para a melhoria da gestão pública, por ser insuficiente para observar as eficiências e ineficiências sobre o consumo de recursos públicos.

Na construção do autor, o resultado econômico é o melhor indicador da **eficácia** da entidade, já que fatores (**produtividade**, **eficiência**, satisfação, adaptabilidade e desenvolvimento) do qual dependem têm impactos de difícil mensuração e análise se tratados isoladamente. Para se chegar a esse resultado, subtrai-se da receita econômica a soma dos custos diretos e indiretos identificáveis à área de responsabilidade que a produziu (Slomski, 2001, p. 36). Nessa proposta, a receita econômica consistiria no produto advindo da multiplicação do menor preço de mercado à vista atribuído a serviço prestado ao cidadão com similar qualidade, oportunidade e tempestividade, pelos serviços que tenha efetivamente executado.

Para a mensuração desse resultado econômico, é necessário assumir os seguintes pressupostos:

- "o cidadão compõe o corpo contribuinte das fontes de recursos para a manutenção da entidade pública;

- a entidade pública tem como missão a prestação de serviços para o desenvolvimento e bem-estar social da coletividade;

- se não existisse o serviço público, em um país capitalista, o cidadão buscaria o menor preço de mercado à vista para a contratação de serviços."(Slomski, 2001, p. 40)

Ademais, assim como as entidades com fins lucrativos, a entidade pública procura maximizar seus resultados.

Destarte, a demonstração do resultado econômico culminaria com o proposto adiante, refletindo de maneira mais apropriada o art. 85 da Lei 4.320/64, que na visão de Slomski(2001) é parcialmente atendido pelos demonstrativos contábeis da referida lei[9].

Quadro 3 - Modelo de Demonstração do Resultado Econômico

DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO ECONÔMICO
(+) RECEITA ECONÔMICA
(-) CUSTO DOS SERVIÇOS PRESTADOS
(=) MARGEM BRUTA
(-) DEPRECIAÇÕES
(-) CUSTOS INDIRETOS IDENTIFICÁVEIS AO SERVIÇO
(=) RESULTADO ECONÔMICO

Fonte: Slomski(2001, p. 56)

Em consonância, o Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público, aprovado pela **Portaria STN nº 664, de 30 de novembro de 2010 e baseado na NBCT 16.6 do Conselho Federal de**

[9] "Resultado econômico – é o resultado que se obtém no demonstrativo das variações patrimoniais."(Manual de Auditoria em Prefeitura Municipal, TCE-SP, 2003, p. 66)

Contabilidade, elencou com uma de suas demonstrações, a Demonstração do Resultado Econômico, com semelhante estrutura, com exceção da depreciação que figurará nos custos diretos e indiretos.

Nos termos do Manual, a demonstração tem como premissa os seguintes conceitos(Brasil, 2010a):

- Custo de oportunidade (CO) - valor que seria desembolsado na alternativa desprezada de menor valor entre aquelas consideradas possíveis para a execução da ação pública.

- Receita Econômica (RE) - valor apurado a partir de benefícios gerados à sociedade pela ação pública, obtido por meio da multiplicação da quantidade de Serviços Prestados (N), bens ou produtos fornecidos, pelo Custo de Oportunidade (CO), daí: RE = N x CO

- Custo de Execução (CE) - valor econômico despendido pela Entidade na ação objeto da apuração do Resultado Econômico Apurado. É dividido em custos diretos e indiretos.

O Resultado Econômico Apurado (REA) é, pois, **o incremento líquido de benefícios gerados à sociedade a partir da ação eficiente e eficaz do gestor público**, calculado a partir da diferença entre a Receita Econômica (RE) e o Custo de Execução (CE) da ação, conforme fórmula a seguir:

$$REA = RE - CE, \text{ ou } REA = (N*CO) - CE.$$

3 – METODOLOGIA

Sob o objetivo de comparar hospitais, de regimes de gerência distintos, nos termos definidos pelo Conselheiro Relator quanto a mesmo porte, semelhante complexidade e tamanho da amostra, este trabalho foi desenvolvido orientado pela seguinte questão: **Quais as diferenças e semelhanças existentes, entre os hospitais sob organização social e administração direta, na oferta de serviços públicos aos cidadãos(contribuinte, usuário ou cliente)?**

3.1 – Estratégia de investigação

Na busca, desenvolveu-se pesquisa bibliográfica, em parte explorada nas considerações, de onde emergiram as seguintes variáveis, algumas comumente exploradas quando se analisa comparativamente os dois modelos, outras empiricamente desenvolvidas por esta Diretoria:

- gestão hospitalar nas dimensões: capacidade; perfil dos equipamentos; recursos humanos, financeiros e materiais; e serviços;
- regulação e controle do SUS;
- metas e estatísticas em saúde (indicadores/ variáveis) veiculadas ou desenvolvidas em trabalhos técnicos/científicos, especialmente com dados originados da Secretaria Estadual de Saúde(SES) e respectivas Coordenadorias e órgãos/entidades, para não inviabilizar o trabalho pela

inexistência dos dados ou desconhecimento na produção ou ausência de padronização da origem dos dados;

- resultado econômico[10], diferença entre a receita não explícita na prestação de serviço e a soma dos custos à entidade que a produziu(Zanchet, 2009).

Sob essas variáveis, promoveu-se o estudo comparativo, cuja coleta de dados se deu por meio de requisições dirigidas aos hospitais, coordenadorias e a Secretaria por e-mail, além das extrações no TABWIN da produção ambulatorial e hospitalar, organizadas por complexidade, quantidade e valor; e no SIGEO dos valores empenhados e liquidados das despesas diretas e transferências (subvenção, contribuição e auxílios) as entidades selecionadas.

Para tanto, por conveniência, optou-se por selecionar "pares" de hospitais, em função da hipótese de maior probabilidade de ocorrência consoante critério de mesmo porte e semelhante complexidade. De outra forma, seria também legítimo comparar hospitais de "pares" diferentes, em grupo hospitalares etc., contudo não consistiu em estratégia deste trabalho.

3.2 – Definição da amostra

[10] Conceito trabalhado na palestra "Contabilidade Pública gerencial: evidenciando o valor do serviço público", na 6ª Semana Jurídica deste TCE, realizada em 2008

Ferreira Junior(2004) ao definir a sua amostra revelou que as características dos hospitais estaduais referentes à especialidade, ao nível de complexidade e ao tamanho são muito variadas.

Barradas Barata(2009), ao comparar grupos de hospitais do Estado de São Paulo, disse que são passíveis as comparações entre hospitais agrupados de acordo com características de sua constituição jurídica, finalidade ou tipo de relacionamento com os sistemas de saúde, com a ressalva de cuidados e cautelas nas conclusões, em razão da **complexidade** das instituições envolvidas. Em complemento, referido autor informa que dentre outras variáveis que impactam nos indicadores, tem-se a localização geográfica e características demográficas da clientela.

Em face do exposto, visando mitigar ou minimizar o impacto dessas variáveis, o trabalho foi desenvolvido comparando hospitais de mesma região de saúde. O Pacto da Saúde define região de saúde como "recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais a partir de **identidades culturais, econômicas e sociais**, de redes de comunicação e de infra-estrutura de transportes compartilhados do território". Sob esse conceito, o Plano Diretor de Regionalização do Estado de São Paulo utilizou os seguintes critérios no desenho de suas regiões:

- "**Contigüidade intermunicipal e identidade sócio-econômica e cultural**;
- **Infra – estrutura de transportes e comunicação social**;

- Considerou-se o número de municípios e o tamanho da população. Para que, não se resulta(*sic*) em um desenho com regiões pequenas, em população e com muito poucos municípios, nem municípios demais que se inviabiliza o bom funcionamento do Colegiado;

- Fluxos assistenciais atuais e/ou correções necessárias e possíveis em curto prazo;

- Compatibilização de economia de escala e equidade no acesso;

- **Considerou-se a resolubilidade da região em média complexidade**;

- Buscou-se reduzir o número de regiões, evitando a pulverização e de acordo com os critérios anteriores;

- Flexibilidade, segundo especificidades regionais." (São Paulo, 2008)

Na definição da amostra, das 64 regiões de saúde do Estado, em apenas seis (Alta Sorocabana, Alto Tietê, Franco da Rocha, Guarulhos, Rota dos Bandeirantes, São Paulo) coexistiam hospitais gerenciados pela administração direta ou por organização social. Diga-se de passagem, quase que exclusivamente hospitais gerais, ou seja, "hospital destinado a prestar assistência sanitária a doentes, nas quatro especialidades básicas", a saber: "clínica médica, clínica cirúrgica, clínica gineco-obstétrica e clínica pediátrica"(Brasil, 1987).

Nesses termos, iniciou-se o processo interativo de escolha dos hospitais, a partir dos seguintes conceitos:

- **"Hospital de grande porte –** hospital com capacidade instalada de 151 a 500 leitos;

- **Hospital de médio porte –** hospital com capacidade instalada de 51 a 150 leitos;

- **Hospital de pequeno porte –** hospital com capacidade instalada de até 50 leitos;

- **Hospital de porte especial –** hospital com capacidade instalada acima de 500 leitos;

- **Níveis de complexidade –** limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de saúde, segundo a disponibilidade de recursos, a diversificação de atividades prestadas e a sua freqüência." (Brasil, 1987)

Guiado também pela necessidade de se apurar a receita econômica(valorar a produção), de forma a minimizar as diferenças que pudessem impactar no resultado econômico, os critérios para definição dos pares de hospitais foram:

- com gestão estadual;

- mesma região de saúde e com coexistência dos dois modelos de gerência;

- hospitais gerais, pela maior incidência dos referidos modelos;

- mesmo porte;

- maior proporção de habilitações[11] em comum e, subsidiariamente, na maior proporção de serviços[12] especializados coincidentes;

---

[11] Identifica a capacidade do estabelecimento de saúde em desenvolver funções específicas exigidas para a realização de determinado procedimento. As habilitações são definidas pelas áreas técnicas em legislação. Disponível em < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/NT_Estabelecimentos.htm>. Acesso em 31 jan 2010.

[12] Os serviços são codificados de acordo com o conjunto de ações realizadas: por atendimento individual, coletivo, serviços de apoio de diagnose e terapia ou programas; por especialidade ou estão vinculadas a habilitações especiais ou políticas específicas. Cada serviço está classificado de acordo com a complexidade ou outra especificação que identifique mais precisamente o que é ofertado no serviço. Disponível em < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/NT_Estabelecimentos.htm>. Acesso em 31 jan 2010.

- maior correspondência entre habilitações referentes à UTI(adulto, neonatal e pediátrica), considerando que as Unidades de Tratamento Intensivo, de acordo com a incorporação de tecnologia, especialização de recursos humanos e adequação da área física, são classificadas como: TIPO I, TIPO II E TIPO III, além de possuírem valores de diárias diferentes; e

- correspondência entre as especialidades dos leitos, ou seja: médica, cirúrgica, gineco-obstétrica e pediátrica.

Por contingências, foram coletados dados de treze hospitais, cujos contornos finais da amostra(seis hospitais), já agrupados em par, foram:

Quadro 4 - Caracterização da Amostra

Par\Região de Saúde	Hospitais(AD/OSS)	Total de Leitos	Fluxo de Clientela	Especialidade dos Leitos	Habilitações
Par 1 - Alto do Tietê	Hospital Dr. Osiris Florindo Coelho Ferraz de Vasconcelos	233	Porta Aberta	Cirúrgico Clínico Obstétrico Pediátrico	**2304 ENTERAL E PARENTERAL** 1901 LAQUEADURA **2301 UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL*** 1403 UNIDADE QUE REALIZA ASSISTENCIA AO PARTO SEM DISTOCIA POR ENFERMEIRO(A) OBSTETRA **2601 UTI II ADULTO** **2602 UTI II NEONATAL** 2603 UTI II PEDIATRICA 1902 VASECTOMIA
	Hospital Geral de Itaquaquecetuba (Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina)	244	Porta Aberta	Cirúrgico Clínico Obstétrico Pediátrico	**2304 ENTERAL E PARENTERAL** 1202 PROCEDIMENTOS CIRURGICOS, DIAGNOSTICOS OU TERAPEUTICOS - HOSPITAL DIA **2301 UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL*** **2601 UTI II ADULTO** **2602 UTI II NEONATAL** 2901 VIDEOCIRURGIAS

Par 2 – São Paulo	Hospital Geral de Guaianases	308	Porta Aberta[13] Cirúrgico Clínico Obstétrico Pediátrico	1901 LAQUEADURA 1401 REFERENCIA HOSPITALAR EM ATENDIMENTO SECUNDARIO A GESTACAO DE ALTO RISCO **1403 UNIDADE QUE REALIZA ASSISTENCIA AO PARTO SEM DISTOCIA POR ENFERMEIRO(A) OBSTETRA** **2601 UTI II ADULTO** **2602 UTI II NEONATAL** 1902 VASECTOMIA
	Hospital Geral de Itaim Paulista (Associação Beneficente Casa de Saúde Santa Marcelina)	307	Porta Aberta Cirúrgico Clínico Obstétrico Pediátrico	1404 HOSPITAL AMIGO DA CRIANCA 1202 PROCEDIMENTOS CIRURGICOS, DIAGNOSTICOS OU TERAPEUTICOS - HOSPITAL DIA **1403 UNIDADE QUE REALIZA ASSISTENCIA AO PARTO SEM DISTOCIA POR ENFERMEIRO(A) OBSTETRA** **2601 UTI II ADULTO** **2602 UTI II NEONATAL**
Par 3 – São Paulo	Hospital Regional Sul São Paulo	233	Porta Aberta Cirúrgico Clínico Obstétrico Pediátrico	**2413 BANCO DE TECIDO OCULAR HUMANO** **2412 BUSCA ATIVA DE ORGAOS** **2407 CORNEA/ESCLERA** **2304 ENTERAL E PARENTERAL** 1404 HOSPITAL AMIGO DA CRIANCA 2703 HOSPITAL TIPO III EM URGENCIA 1401 REFERENCIA HOSPITALAR EM ATENDIMENTO SECUNDARIO A GESTACAO DE ALTO RISCO 1101 SERVICO HOSPITALAR PARA TRATAMENTO AIDS **2301 UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL*** **2501 UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA*** **2601 UTI II ADULTO** **2602 UTI II NEONATAL** **2603 UTI II PEDIATRICA**
	Hospital Geral do Grajaú (Associação Congregação de Santa Catarina)[1]	256	Porta Aberta Cirúrgico Clínico Obstétrico Pediátrico	**2413 BANCO DE TECIDO OCULAR HUMANO** **2412 BUSCA ATIVA DE ORGAOS** **2407 CORNEA/ESCLERA** **2304 ENTERAL E PARENTERAL** 2702 HOSPITAL TIPO II EM URGENCIA 1901 LAQUEADURA **2301 UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL*** **2501 UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA*** **2601 UTI II ADULTO** **2602 UTI II NEONATAL** **2603 UTI II PEDIATRICA** 1902 VASECTOMIA 2901 VIDEOCIRURGIAS

Fonte: CNES[14] em 22.12.2010

Nota:

[1] No contrato de Gestão – Processo nº 001.0100.000.676/2007, constava como Porta Fechada., porém com o Termo Aditivo 01/2010 passou a ser Porta Aberta

[13] Demanda espontânea e referenciada
[14] http://cnes.datasus.gov.br/

Desta amostra, insta observa que três hospitais foram planejados à época do Plano Metropolitano de Saúde(Hospital Geral do Grajaú, Hospital Geral Jesus Teixeira da Costa Guaianases, Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista), motivo pelo qual, nos dizeres de Ferreira Junior(2004), apresentam homogeneidade.

3.3 – Limitações

No decorrer dos trabalhos, impactaram na operacionalização:

- divergências com o CNES, especialmente quanto a estabelecimento sob gestão estadual, natureza da organização(administração direta ou organização social), tipo de unidade(especializado e geral) e fluxo de clientela(demanda espontânea ou referenciada), com as respostas das requisições, com reflexos na seleção da amostra;
- ausência de informações sobre os municípios de clientela dos hospitais sob organização social de saúde, solicitadas por intermédio de requisições, prejudicando possível refinamento na seleção da amostra;
- desconformidade com o meio ou leiaute solicitado em requisição, ou seja, em meio eletrônico(editor de texto ou planilhas) e por item e tabelas, com conseqüências na consolidação dos dados;
- não-atendimento, atendimento fora do prazo ou parcial das informações solicitadas em requisição;
- falta de familiaridade dos órgãos e entidades com conceitos presentes nas requisições.

4 – ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE HOSPITAIS DE ADMINISTRAÇÃO DIRETA E ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

A análise comparativa(estudo) se dará em frentes (gestão, referência, controle, indicadores e resultado econômico), subdivididas em dimensões de acordo com a variável em estudo, sempre por meio de tabelas e ponderações que subsidiem eventuais conclusões.

4.1 – GESTÃO HOSPITALAR

Nos dizeres de Ferreira Junior(2004), a autonomia gerencial ou administrativa refere-se à descentralização da possibilidade de se tomar decisões no local em que estas se efetivam. Nesse aspecto, a frente em questão procura contrapor variáveis(infra-estrutura, pessoal, materiais, serviços e recursos financeiros) diante das possibilidades e limites definidos pelo arcabouço jurídico-legal e institucional a que estão submetidos os hospitais.

4.1.1 – Capacidade hospitalar

Na Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de

estabelecimentos assistenciais de saúde, informa que o quadro de número de leitos de um estabelecimento de saúde é composto por leitos de internação, leitos de observação e leitos de tratamento intensivo, conforme Terminologia Básica em Saúde do Ministério da Saúde, cujas dimensões e instalações do ambiente guardam relação com a atividade desenvolvida.

Em consulta a Terminologia Básica em Saúde do Ministério da Saúde(Brasil, 1987), tem-se como **leito de observação**, o leito destinado a acomodar os pacientes que necessitem ficar sob supervisão médica e ou de enfermagem para fins de diagnóstico ou de terapêutica durante um período inferior a 24 horas; e l**eito hospitalar**, cama destinada à internação de um cliente no hospital, com a observação de não abranger **os leitos de observação e os leitos da unidade de terapia intensiva.**

A despeito disso, de utilização compulsória pelos hospitais integrantes do SUS, tem-se a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar objeto da Portaria SAS nº 312, de 02 de Maio de 2002, que considera termo equivalente a leito o conceito de leito hospitalar de internação, ou seja, cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, o que pelas notas técnicas adjacentes:

- não devem ser considerados os leitos de observação, incluindo os leitos de pré-parto e os leitos de recuperação pós-anestésica, os berços de alojamento conjunto, os leitos de berçário para recém-nascidos sadios, as camas destinadas a acompanhantes e funcionários do hospital e os leitos de serviços diagnósticos. **Em situações excepcionais, um leito**

hospitalar de observação ou uma maca podem corresponder a um leito hospitalar de internação;

- devem ser considerados os leitos de tratamento intensivo e semi-intensivo.

De outra forma, o conceito de leito contempla os leitos complementares, que de acordo com o veiculado nos Cadernos de Informações de Saúde[15] representam a Unidade intermediária, Unidade intermediária neonatal, Unidade isolamento, UTI adulto I, UTI adulto II, UTI adulto III, UTI infantil I, UTI infantil II, UTI infantil III, UTI neonatal I, UTI neonatal II, UTI neonatal III e UTI de Queimados. E exclui o leito hospitalar de observação, a exemplo do leito de hospital-dia, **salvo quando utilizado como leito extra (cama ou maca que não são habitualmente utilizados para internação) ou quando o paciente permanecer nesses leitos por mais de 24 horas por qualquer razão**.

Ponderando-se o sobredito, a tabela a seguir evidencia a evolução do número de leitos ofertados ao cidadão, bem como grau de disponibilidade destes leitos, calculado pela proporção dos leitos em uso(em utilização ou passível de utilização) em relação aos leitos existentes. Igualmente, permite-se identificar a **capacidade hospitalar operacional**, representada pelos leitos em utilização e leitos passíveis de serem utilizados, ainda que estejam desocupados[16], bem como a **capacidade hospitalar instalada**, representada pelos leitos que são habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por um certo período, por qualquer razão.

---

[15] http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sp.htm
[16] Neste conceito, os leitos extras desocupados não são considerados.

Par	Hospitais	2008		2009		2010		CNES[17]	
		Exis-tente	% em Uso	Exis-tente	% em Uso	Exis-tente	% em Uso	Exis-tente	SUS
1	Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD)	202	103,47%	233	99,57%	233	98,28%	233	233
	Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS)	249	100%	247	100%	247	100%	244	244
2	Hospital Geral de Guaianases(AD)	239	97,91%	245	99,59%	245	97,96%	308	308
	Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS) [1]	260	106,92%	260	107,69%	254	109,06%	307	307
3	Hospital Regional Sul São Paulo(AD) [2]	206	100%	198	100%	198	94,44% [2]	233	226
	Hospital Geral do Grajaú(OSS)	252	98,81%	256	98,44%	256	98,05%	256	256

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS); Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS); Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS); CNES em 22.12.2010

Exercícios 2008 a 2010: dados de dezembro

Notas:

[1] A diferença a maior refere-se a leitos extras abertos no Pronto Socorro

[2] Em 2010, houve diminuição de leitos em uso devido à reforma

4.1.2 – Perfil dos Equipamentos médico-hospitalares

Os equipamentos médico-hospitalares, como equipamentos necessários para o funcionamento dos estabelecimentos de saúde, subdividem-se em(Luparelli, 2009):

– *Equipamentos médico-assistencial:* são os utilizados nas ações de diagnose e terapia em ações de promoção da saúde dos pacientes;

– *Equipamentos de apoio*: é um conjunto de máquinas e aparelhos que compõe uma unidade de processamento, com características de apoio à área assistencial: serviço de nutrição e dietética; serviço de lactário; lavanderia; central de material e esterilização; serviço de manipulação da farmácia;

[17] Capacidade hospitalar instalada deveria corresponder ao número de leitos informados no cadastro do hospital junto ao Ministério da Saúde.

- *Equipamentos de infraestrutura:* são sistemas destinados a dar suporte ao funcionamento adequado às unidades assistenciais e aos setores de apoio, como por exemplo: central de vácuo e central de ar condicionado.

Sem embargo, coexistem outras classificações para tais equipamentos de saúde como a seguir arrolada.

Quadro 5 - Categorias de Equipamentos

Categoria	Composição
Equipamentos de infra-estrutura	são definidos aqui como equipamentos e dispositivos que fornecem, suprem ou retiram energia, água, gases. Fazem o condicionamento ambiental, a iluminação etc. Como exemplo: central de gases, sistema de ar condicionado, grupo gerador, transformadores de energia elétrica, filtros de limpeza de água, sistema de tratamento de lixo e esgoto hospitalar, iluminação de emergência etc
Equipamentos de apoio	São definidos aqui como equipamentos que dão suporte ao pessoal de saúde (médico, enfermeiras e auxiliares de enfermagem) no tratamento ao paciente. Como exemplo: centrais de esterilização, equipamentos de laboratório, processadoras de filmes de raio X, estufas, geladeiras, congeladores etc.
Equipamentos de aplicação direta	são definidos aqui como equipamentos utilizados diretamente no paciente para a obtenção de diagnósticos ou aplicação de terapias. Como exemplo: ventiladores mecânicos, bisturis elétricos, tomografia computadorizada, equipamentos de ultra-som etc.
Equipamentos de baixa complexidade	são equipamentos cuja complexidade dos circuitos eletrônicos e/ou mecânicos não apresenta grande dificuldade para manutenção. Os recursos humanos não precisam ser especializados em equipamentos médicos e o treinamento que demandam é bastante simples. Equipamentos deste tipo podem ser: banho-maria, berço aquecido, estufa, esfigmomanômetro, balança mecânica, bebedouro, ar condicionado etc.
Equipamentos de média complexidade	são equipamentos que exigem um pessoal com formação básica e treinamento mais adequado para execução do reparo. Enquadram-se nesta categoria equipamentos do tipo: incubadora, centrífuga, ventilador (tipos mais simples), monitor cardíaco, eletrocardiógrafo, eletroencefalógrafo, equipamento para hemodiálise etc.
Equipamentos de alta complexidade	são equipamentos que demandam técnicos qualificados e com treinamento bastante especializado. Em muitos casos, os técnicos possuem nível superior e seu treinamento, às vezes, é desenvolvido no exterior. Enquadram-se nesta categoria: ressonância nuclear magnética, tomógrafos, analisadores químicos (alguns tipos), gama câmara, acelerador linear, ultra-som (diagnóstico por imagem) etc.

Fonte: (BRASIL, 2002, p. 102/103)

Contudo, a Ficha Cadastral de Estabelecimento aprovada pela Portaria SAS nº 511, de 29 de dezembro de 2000, de apresentação obrigatória pelos estabelecimentos de Saúde integrantes dos SUS, categorizou de forma diversa.

Quadro 6 - Categorias de Equipamentos - CNES

Categoria	Composição
Equipamentos de Diagnóstico por Imagem	Gama Câmara; Mamógrafo com Comando Simples; Mamógrafo com Estereotaxia; Raio X até 100mA; Raio X de 100 a 500 mA; Raio X mais de 500 mA; Raio X Dentário; Raio X com Fluoroscopia; Raio X para Densiometria Óssea; Raio X para Hemodinâmica; Tomógrafo Computadorizado; Ressonância Magnética; Ultrassom Doppler Colorido; Ultrasson Ecógrafo
Equipamentos de Infra-Estrutura	Controle Ambiental/Ar-condicionado Central; Grupo Gerador; Usina de Oxigênio
Equipamentos por Métodos Ópticos	Endoscópio das Vias Respiratórias; Endoscópio das Vias Urinárias; Endoscópio Digestivo; Equipamentos para Optometria; Laparoscópio/Vídeo; Microscópio Cirúrgico
Equipamentos por Métodos Gráficos	Eletrocardiógrafo; Eletroencefalógrafo
Equipamentos de Manutenção da Vida	Bomba/balão Intra-aórtico; Bomba de infusão; Berço Aquecido; Bilirrubinômetro; Debitômetro; Desfibrilador; Equipamento de Fototerapia; Incubadora; Marcapasso Temporário; Monitor de ECG; Monitor de Pressão Invasivo; Monitor de Pressão não-Invasivo; Reanimador Pulmonar/Ambu; Respirador/Ventilador
Outros Equipamentos	Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas;Aparelho de Eletroestimulação; Bomba de Infusão de Hemoderivados; Equipamentos de Aférese; Equipamento para Audiometria; Equipamento de Circulação Extracorpórea; Equipamento para Hemodiálise; Forno de Bier

Fonte: Folha 6/14 e 7/14 da Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde

Justifica-se a passagem pelas diversas conceituações, pois o conhecimento da composição dos equipamentos médicos-hospitalares é indicativo do perfil assistencial, grau de resolubilidade e papel estratégico do hospital dentro da rede de serviços.

Nessa linha, as tabelas a seguir, baseadas nos Cadernos de Informações de Saúde[18], servem com restrições quando se pauta na distribuição por categorias (diagnóstico por imagem, manutenção da vida, métodos ópticos e métodos gráficos) dos equipamentos em uso(em utilização ou passível de

[18] http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sp.htm

utilização), ou seja, sem a profundidade decorrente da análise estendida a composição. De outra forma, revestem-se de rigor quando se detalha, a exemplo do efetuado a seguir para os equipamentos de diagnóstico por imagem, do qual é indicativo de nível de densidade tecnológica e de utilização do hospital como referência para procedimentos mais complexos.

Exercício 2008

Categoria	Par 1		Par 2		Par 3	
	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Equipamentos de Diagnóstico por Imagem	16	11	12	11	13	10
Equipamentos de Infra-Estrutura	03	02	02	02	08	22
Equipamentos por Métodos Ópticos	05	11	02	12	03	11
Equipamentos por Métodos Gráficos	10	9	11	14	09	47
Equipamentos de Manutenção da Vida	330	432	296	387	78	47
Equipamentos de Odontologia	2	0	-	0	05	0
Outros Equipamentos	5	9	10	11	249	-

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS); Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS); Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)

Exercício 2008: dados de dezembro

Categoria de Equipamentos	Par 1		Par 2		Par 3	
	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Mamógrafo	0	01	-	01	01	01
Raio X	09	05	09	05	08	05
Tomógrafo Computadorizado	01	01	01	01	01	01
Ressonância Magnética	0	0	-	01	0	01
Ultrassom	06	04	02	03	03	02
Equip. Odontológico Completo	-	0	-	0	0	0

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS); Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS); Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)

Exercício 2008: dados de dezembro

Exercício 2009

Categoria	Par 1		Par 2		Par 3	
	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Equipamentos de Diagnóstico por Imagem	18	11	15	11	13	11
Equipamentos de Infra-Estrutura	03	02	02	02	08	22
Equipamentos por Métodos Ópticos	05	14	06	12	03	11
Equipamentos por Métodos Gráficos	10	09	11	14	09	56
Equipamentos de Manutenção da Vida	330	442	217	537	73	52
Equipamentos de Odontologia	2	0	-	0	05	0
Outros Equipamentos	5	09	12	13	249	-

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS); Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS); Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)

Exercícios 2009: dados de dezembro

Categoria de Equipamentos	Par 1		Par 2		Par 3	
	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Mamógrafo	01	01	-	01	01	01
Raio X	10	05	09	05	08	06
Tomógrafo Computadorizado	01	01	01	01	01	01
Ressonância Magnética	0	0	-	01	0	01
Ultrassom	06	04	05	03	03	02
Equip. Odontológico Completo	-	0	-	0	04	0

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS); Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS); Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)

Exercício 2009: dados de dezembro

Exercício 2010

Categoria	Par 1		Par 2		Par 3	
	AD	OSS[1]	AD[1]	OSS[1]	AD[1]	OSS[1]
Equipamentos de Diagnóstico por Imagem	18[1]	11	15	11	13	9
Equipamentos de Infra-Estrutura	03	03	02	02	08	23
Equipamentos por Métodos Ópticos	05	14	06	11	03	12
Equipamentos por Métodos Gráficos	10	09	11	14	09	56
Equipamentos de Manutenção da Vida	330	529	454	558	74	54
Equipamentos de Odontologia	2	0	-	0	05	0
Outros Equipamentos	06	9	11	16	249	-

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS); Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS); Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS); CNES em 22.12.2010

Exercício 2010: dados de dezembro

Notas:

[1] Divergências com o CNES

Categoria de Equipamentos	Par 1		Par 2		Par 3	
	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Mamógrafo	01	01	-	01	01	0[1]
Raio X	10[1]	05[1]	09	05[1]	08[1]	05
Tomógrafo Computadorizado	01	01	01	01	01	01
Ressonância Magnética	0	0	-	01	0	01
Ultrassom	06	04	05[1]	03[1]	03[1]	02[1]
Equip. Odontológico Completo	-	0	-	0	04	0

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS); Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS); Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS); CNES em 22.12.2010

Exercício 2010: dados de dezembro

Notas:

[1] Divergências com o CNES

4.1.3 – Recursos humanos

Um dos benefícios atribuídos a publicização dos hospitais estaduais consistiria na autonomia gerencial na gestão de recursos humanos, que permitiria flexibilidade nas decisões, desde a composição qualitativa e quantitativa do

quadro, passando pela contratação e desligamento deste, até a política de remuneração. Tais decisões, no âmbito hospitalar, se juntariam a outras como a definição de tarefas, escalas, treinamento etc. (Ferreira Junior, 2004).

Todavia, referida flexibilidade tem limites, pois a SES impôs as OSS teto(70% do valor global das despesas de custeio) para gastos com recursos humanos(dirigentes e empregados), além de não exceder o obtido em pesquisas salariais, entre os salários adotados com a média da rede de saúde privada.

Do outro lado, a despeito do Quadro de Lotação de Pessoal estar fora do poder de decisão do nível local, os hospitais da AD dispõem de certa capacidade de resposta para a contratação de pessoal, quando não há remanescentes de concurso, por meio da contratação por tempo determinado(Ferreira Junior, 2004), nos termos da Lei Complementar nº 1.093, de 16 de julho de 2009.

Sem adentrar em mais questões desta seara, as tabelas a seguir, de categorias selecionadas com base nos Cadernos de Informações de Saúde, servem para comparar:

- a dimensão do quadro de pessoal envolvido diretamente na assistência a saúde do cidadão como fruto da capacidade de dar respostas às mudanças conjunturais ou estruturais(Ferreira Junior, 2004, p. 100/101);
- salários/remuneração, mas com as limitações envolvidas na utilização da mediana, mais apropriada que a média na possibilidade de existência de valores extremos (décimo-terceiro, um terço de férias, gratificações, auxílios etc.), e nas diferentes jornadas e denominações existentes no

quadro de pessoal. Isto porque, a comparação dos cargos técnicos (equipe da assistência) pode ser direta, todavia nos cargos administrativos demandaria um estudo de equivalência;

- a taxa de rotatividade[19] deste quadro, contudo sem permitir associar a falta de atratividade remuneratória (inexistência de plano de carreira) ou de condições de trabalho, bem como a medidas disciplinares ou desligamentos sem causa.

a) Quantitativo de recursos humanos de categorias selecionadas

a.1) Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS)

	2008		2009		2010	
Categoria	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Médico	358	255	366	261	372	274
.. Anestesista	31	24	31	23	32	21
.. Cirurgião Geral	40	33	34	33	41	30
.. Clínico Geral	45	20	39	24	39	33
.. Gineco Obstetra	37	41	34	38	32	39
.. Pediatra	71	21	55	21	66	20
.. Psiquiatra	11	16	12	20	12	16
.. Radiologista	-	-	-	-	-	-
.. Outros	123	100	161	102	150	115
Cirurgião dentista	16	-	15	-	20	-
Enfermeiro	85	65	99	72	114	76
Fisioterapeuta	3	2	4	5	5	4
Fonoaudiólogo	0	1	0	1	0	1
Nutricionista	2	1	4	1	4	2
Farmacêutico	3	4	4	4	4	4
Assistente social	7	2	7	2	7	2
Psicólogo	7	2	7	2	7	2
Auxiliar de Enfermagem	542	314	491	321	483	321
Técnico de Enfermagem	-	71	-	67	-	89

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS)
Exercícios 2008 a 2010: dados de dezembro

[19] Pode ser a razão do mínimo ou média entre as admissões e desligamentos no período e o número total do cargo(exercício atual ou anterior), multiplicado por 100.

a.2) Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS)

	2008		2009		2010	
Categoria	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Médico	281	324	247	321	295	343
.. Anestesista	26	23	22	25	27	24
.. Cirurgião Geral	48	50	40	53	45	45
.. Clínico Geral	48	52	43	58	60	86
.. Gineco Obstetra	36	49	35	43	34	42
.. Pediatra	31	33	28	34	35	30
.. Psiquiatra	11	14	08	17	12	19
.. Radiologista	01	-	01	-	01	-
.. Outros	80	103	70	91	81	97
Cirurgião dentista	-	-	-	-	-	-
Enfermeiro	63	81	63	82	74	90
Fisioterapeuta	04	17	04	17	01	20
Fonoaudiólogo	01	02	01	02	01	01
Nutricionista	02	02	02	03	02	03
Farmacêutico	02	03	02	05	02	05
Assistente social	10	03	09	02	08	03
Psicólogo	04	03	04	03	03	03
Auxiliar de Enfermagem	416	382	406	404	415	404
Técnico de Enfermagem	-	72	-	66	-	72

Fonte: Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS)
Exercícios 2008 a 2010: dados de dezembro

a.3) Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)

	Par 1		Par 2		Par 3	
Categoria	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Médico	522	275	485	302	514	281
.. Anestesista[1]	28	18	37	24	40	23
.. Cirurgião Geral	67	19	42	28	52	35
.. Clínico Geral	56	71	49	69	53	67
.. Gineco Obstetra	37	27	39	39	43	42
.. Pediatra	60	72	55	84	52	81
.. Psiquiatra	03	01	03	01	03	0
.. Radiologista[1]	04	08	05	08	05	12
.. Outros	267	26	255	80	266	75
Cirurgião dentista	54	-	53	-	52	-
Enfermeiro	97	81	71	91	93	82
Fisioterapeuta	03	18[1]	03	14[1]	06	18[1]
Fonoaudiólogo	02	04	02	03	02	02
Nutricionista	05	07	06	9[1]	05	8[1]

Farmacêutico	06	01	06	02	06	02
Assistente social	19	10	19	11	18	11
Psicólogo	15	02	15	02	15	01
Auxiliar de Enfermagem	461	448	445	427	466	321
Técnico de Enfermagem	-	65	-	103	-	199

Fonte: Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)

Exercícios 2008 a 2010: dados de dezembro

Notas:

[1] Inclui Terceirizados/Serviço Terceirizado

b) Relação R$/h baseada na Mediana de Salário(remuneração) de categorias selecionadas[20]

Categorias	Par 1		Par 2		Par 3	
	AD[3]	OSS	AD[3]	OSS	AD[3]	OSS[4]
Nutricionista	15,04	12,56	22,58	12,56	16,16	15,56
Fisioterapeuta	23,53	11,29	12,88	11,18	9,91	-
Farmacêutico	18,21	15,16	14,82	15,16	15,06	14,72
Cirurgião Dentista	41,95	-	-	-	21,58 27,18	-
Auxiliar de Enfermagem	11,59	8,54 8,57	14,11	8,56 8,57	10,83	7,58
Técnico de Enfermagem	-	9,83 9,96	-	9,95	-	-
Enfermeiro	[5]	18,03 18,15	19,41	18,15	19,58	15,53 18,79
Gerente de Enfermagem	34,42	42,91	27,94	42,91	24,36	-
Médico - Anestesista	24,63 33,46 52,24	38,20	29,13 42,46 45,17	38,20	25,87 29,70 68,82	-
Médico - Cirurgião Geral	29,43 29,56	38,20	34,33 59,63 60,03	38,20	35,32 50,25	58,66[4]
Médico - Clinico Geral	28,15 36,72	38,20	38,23 43,40 51,31	38,20	42,64 44,90	
Médico - Gineco Obstetra	28,10 33,03 41,46	38,20	43,03 53,92 62,41	38,20	34,32	
Médico - Pediatra	35,11 39,01 43,19	38,20	39,54 42,48 66,98	38,20	35,42 49,02	

[20] Ver Anexo A

Médico – Psiquiatra	28,37 38,21	38,20	28,61 31,54 49,54	38,20	30,68	
Médico – Radiologista	26,44 28,97	-	33,14	-	35,75 44,43	-
Médico – Plantonista	[3]	38,19 38,20	[3]	38,20	[3]	58,66[4]
Coordenador Médico	79,75	57,55	64,33	57,55	71,43	65,91
Diretor Técnico / Diretor Médico	20,70	73,74	14,67	73,74	27,66	98,19
Diretor Clínico	-	-	132,60	-	107,91	-
Auxiliar Administrativo	6,94	5,50	6,88	4,98 5,50	6,93	5,83
Gerente Administrativo	-	52,08	18,98	52,08	-	32,75
Gerente de RH	16,73	-	15,11	34,02	15,65	32,75
Supervisor Administrativo	8,83	-	10,66	-	-	14,37 17,03
Diretor Administrativo / Adm. Hospitalar	-	71,93	12,24	71,93	-	59,04

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS); Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS); Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)

Dados: 2010[1]

Notas:

[1] Folha de pagamento agosto/2010(Hospital Geral de Guaianases e Hospital Regional Sul São Paulo); outubro de 2010(Hospital Geral de Itaquaquecetuba e Hospital Geral de Itaim Paulista)

[2] Os hospitais sob OSS informaram jornada mensal, enquanto da AD, semanal, cujo cálculo consistiu em multiplicar ou dividir por 5.

[3] Os médicos plantonistas estão identificados por especialidade na Administração Direta

[4] Segundo o Hospital Geral do Grajaú, os médicos, incluído o coordenador, recebem por hora, razão pela qual utilizamos os valores provenientes da pesquisa salarial agosto/2010 fornecida pela CGCSS.

[5] Não informado, apesar de identificado o valor máximo de R$ 5.162,85 e mínimo de R$ 2.858,19.

c) Taxa de Rotatividade de categorias selecionadas

	Par 1		Par 2		Par 3	
	AD[2]	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Nutricionista	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-	50,00%
Fisioterapeuta	10,00%	0,00%	62,50%	2,27%	-	-
Farmacêutico	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-	50,00%
Cirurgião Dentista	13,00%	-	-	0,00%	-	-
Auxiliar de Enfermagem	-1,00%	2,79%	9,70%	0,34%	8,42%	25,41%
Técnico de Enfermagem	-	0,00%	-	0,00%	-	8,29%
Enfermeiro	6,00%	4,29%	11,70%	0,68%	30,98%	26,13%
Médico – Anestesista	2,00%	0,00%	8,50%	0,00%	17,56%	-
Médico – Cirurgião Geral	10,00%	0,00%	7,70%	0,00%	14,28%	5,56%
Médico – Clínico Geral	0,00%	0,00%	30,40%	0,00%	27,55%	0,88%
Médico – Gineco Obstetra	-3,00%	0,00%	9,80%	0,00%	19,23%	0,00%
Médico – Pediatra	16,00%	11,11%	35,30%	0,00%	21,81%	1,30%
Médico – Psiquiatra	0,00%	0,00%	9,50%	0,00%	-	-
Médico – Radiologista	-	-	0,00%	0,00%	-	-
Médico Plantonista	-	0,51%	-	1,87%	-	17,65%

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS); Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS); Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)

Dados: 2010

Notas:

[1] Os médicos plantonistas estão identificados por especialidade na Administração Direta

[2] Fórmula para cálculo de rotatividade: ((nº demissões+nº admissões)/2)/nº de ativos por categoria/especialidade. As vagas são para o preenchimento de cargo de "médico". Razão pela qual a dispensa/exoneração/aposentadoria/falecimento do profissional de determinada especialidade gera uma vaga de médico, que poderá ser preenchida por profissional de especialidade diversa do anterior ocupante do cargo vago.

4.1.4 – Materiais

Vecina Neto e Reinhardt(1998) apud Ferreira Junior(2004) dizem que o "objetivo básico da administração de materiais é colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo".

Associado a essa gestão, um efeito possível a realidade hospitalar é a falta de materiais, cuja repercussão ganha contornos se for relativa à assistência ao paciente (drogas e medicamentos, consumo hospitalar, fios cirúrgicos, banco de sangue e órteses e próteses).

Nesse contexto, a tabela a seguir, permite verificar a existência de problemas de reposição de itens atinentes a assistência direta ao paciente, sem adentrar em pontos como controle de estoque e/ou armazenamento, tampouco se decorreu de problemas de mercado ou processo de compras(especificação ou processo licitatório, por exemplo).

Par	Hospitais	2010		
		Problemas de Reposição	Item(ns) de Estoque com problemas de Reposição	Itens relevantes com problemas reposição
1	Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD)	Não	Não[1]	-
	Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS)	Não	Não	Não
2	Hospital Geral de Guaianases(AD)	Não	Não	Nenhum
	Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS)	Não	Não	Não
3	Hospital Regional Sul São Paulo(AD) [2]	Não	Não	-
	Hospital Geral do Grajaú(OSS)	Sim	Drogas e Medicamentos	Tetanograma

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS); Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS); Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)

Dados: 2010

Notas

[1] Não contemplou Banco de Sangue e Órtese e Prótese

[2] Sem Banco de Sangue

4.1.5 – Serviços

Barradas Barata(2009), ao comparar os grupos hospitalares no Estado de São Paulo, tratou somente a terceirização na infraestrutura hospitalar(lavanderia, segurança patrimonial, limpeza, recepção, manutenção, nutrição e dietética), deixando de lado a terceirização de áreas ambulatório/emergência, complementar de diagnóstico e terapêutica e de internação clínico-cirúrgica.

A terceirização destas áreas suscita questões sobre a possibilidade na atividade-fim, o enquadramento das áreas de apoio diagnóstico como área fim ou meio e o cômputo dos valores da terceirização da atividade-fim nos limites com gastos de pessoal.

Desta forma, referidas questões motivam o levantamento materializado nas tabelas a seguir, que explicitado na forma de objeto por área, permitem informar o grau de terceirização das atividades-fim e/ou serviços especializados.

a) Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS)

Áreas	Par 1	
	AD	OSS
Ambulatório/emergências	-	-
Complementar de diagnóstico e terapêutica	- Análise Clinica	- Prestação de serviços médicos profissionais especializados na área de diagnóstico médico por imagem, bem como sua administração e o gerenciamento do serviço de diagnóstico médico por imagem - imagenologia. - Prestação de serviços médicos profissionais especializados na área de endoscopia digestiva - Prestação de serviços médicos profissionais especializados na área de diagnose em cardiologia - Prestação de serviços médicos especializados na área de anatomia patológica. - Prestação de serviços médicos especializados em oftalmologia aos pacientes recém-nascidos prematuros internados.

Internação clínico-cirúrgica	-	-

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS)

Dados: 2010

b) Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista(OSS)

Áreas	Par 2	
	AD	OSS
Ambulatório/emergências	-	- Prestação de serviços médicos especializados na área de clínica médica. - Prestação de serviços médicos especializados na área de ortopedia. - Prestação de serviços médicos especializados em oftalmologia, realização de cirurgias-dia oftalmológicas de pequeno porte e avaliações de pacientes internados
Complementar de diagnóstico e terapêutica	- Serviço de Análises Clínicas - Serviço de Radiologia, Tomografia e Ultrassonografia	- Prestação de serviços médicos profissionais especializados na área de diagnóstico médico por imagem e Ressonância Magnética, bem como sua administração e o gerenciamento do serviço de diagnóstico médico por imagem - imagenologia. - Prestação de serviços médicos profissionais especializados na área de endoscopia digestiva - Prestação de serviços médicos especializados na área de anatomia patológica.
Internação clínico-cirúrgica	-	- Prestação de serviços médicos especializados na área de ortopedia.

Fonte: Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS)

Dados: 2010

c) Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)

Áreas	Par 2	
	AD	OSS
Ambulatório/emergências	-	- Serviços médicos – Cirurgia Pediátrica - Exames de Ecocardiograma - Serviços médicos – Urologia - Serviços Médicos – Clínica Médica - Gerenciamento da UTI – Adulto - Serviços de Diálise e Hemodiálise - Serviços de Infectologia no SCIH - Serviços – Clínica Cirúrgica - Serviços de Cirurgia na Unidade Pequenas Cirurgia - Serviços de Fisioterapia; - Serviços de Endoscopia e Colonoscopia - Asses. Equipe Terapia Enteral e Parenteral
Complementar de diagnóstico e terapêutica	-	
Internação clínico-cirúrgica	-	

		- Serviços de Broncospia - Serviços Médicos – Ortopedia - Serviços Médicos Anestesiologia - Serviços Médicos – Infectologia - Serviços de Psiquiatria na Clínica Médica - Serviços Médicos - Otorrinolaringologia

Fonte: Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)
Dados: 2010

4.1.6 – Recursos Financeiros

Tanto o contrato de gestão como o contrato programa estabelecem um orçamento e formas de repasses dos recursos financeiros. No contrato, o orçamento consiste em única fonte de recursos dos hospitais da AD. Já para os das OSS, o contrato de gestão, além das transferências provenientes do poder público, autoriza obter receitas marginais: receitas auferidas por serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde(aluguéis, reciclagem de materiais etc.); doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras; rendimentos de aplicações dos ativos financeiros e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob administração da OSS; e dos empréstimos contraídos com organismos nacionais e internacionais.

Em relação ao repasse financeiro, este é condicionado a metas de produção e de desempenho, com implicações nas transferências futuras, para as OSS. Para os da administração direta, a diminuição decorre de contingências orçamentárias, sendo o cumprimento de metas de produção e de desempenho forma de incentivo para percepção de recursos.

O foco das gerências também é distinto: para os da administração direta, a utilização dos recursos vincula-se à compra de suprimentos, à contratação de serviços ou

investimentos, enquanto para as OSS, o orçamento é visto de maneira mais geral, contemplando inclusive folha de pagamento, além de objetivar o atendimento de metas de produção e de desempenho (Ferreira Junior, 2004).

Neste cenário, a tabela a seguir permite, em relação ao exercício 2010, verificar a adequação do orçamento à proposta de trabalho do hospital(insuficiência ou não dos recursos inicialmente previstos), a capacidade de negociação de repasses adicionais com a Secretaria de Estado da Saúde e a destinação para investimentos e ampliação.

		Par 1		Par 2		Par 3	
		AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
2010	Contrato/1° Aditivo (Programa ou de Gestão)	75.849.983,00	67.000.000,00	42.561.062,12	77.000.000,00	78.028.584,08	80.100.000,00
	Outros Aditivos	-	(1.600.000,00)	-	5.584.000,00	-	6.653.950,00
Dotação Atual/ Contrato + Aditivos		67.255.028,37	65.400.000,00	52.400.486,93	82.584.000,00	69.929.927,15	86.653.950,00
Despesas Correntes / Custeio		67.049.119,95	65.400.000,00	51.750.970,11	81.730.000,00	69.363.700,24	86.100.000,00

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS); Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS); Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS);SIGEO 15.03.2011

Dados: 2010

4.2 – REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

De acordo com a Portaria GM/MS 2.048/2002, a Regulação Médica das Urgências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, por meio da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.

Estas centrais, obrigatoriamente interligadas entre si com outras Centrais de Regulação de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde, assistência social, transporte sanitário não urgente, informações e outros serviços e instituições(Polícias Militares e a Defesa Civil), constituem um ordenador dos fluxos gerais de necessidade/resposta, em que os hospitais servem como referências (destino) dos encaminhamentos[21], que podem advir de:

- Atendimento Pré-Hospitalar Fixo: é aquela assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a

[21] No município de São Paulo, a *PORTARIA 245/07-CIRS/SMS.G* estipula a grade de referências(destino/executor) para os atendimentos pré-hospitalar e transporte inter-hospitalar. Esta grade foi refinada ao fito de evidenciar os hospitais da amostra(ANEXO B). Por oportuno, permite avaliar os critérios de seleção dos hospitais sob mesmo porte e semelhante complexidade do trabalho.

sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Este atendimento é prestado por um conjunto de unidades básicas de saúde, unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências e pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel;

- Atendimento Pré-Hospitalar Móvel: considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, sequëlas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde. Abrangem os serviços de atendimento móvel de urgência – SAMU 192 (número nacional de urgências médicas), a polícia militar (190), o corpo de bombeiros (193) e quaisquer outras existentes.

- Transporte inter-hospitalar: refere-se à transferência de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves, de caráter público ou privado.

Como ingrediente deste processo, tem-se o contrato de gestão, que obriga o hospital informar diariamente o número de vagas disponíveis, a fim de manter atualizado o serviço de

atendimento da Central de Vagas do SUS, cujo limite de internar paciente são os leitos contratados, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região.

Entretanto, constitui exceção geral, inclusive para os hospitais da AD, os encaminhamentos em regime de "vaga zero", em que se decide "os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes."(Brasil, 2006)

Do exposto, a frente em questão, permite avaliar o nível de complexidade dos hospitais como executor da assistência ao paciente(destino) encaminhado pelos atendimentos pré-hospitalar fixo e móvel; solicitante(origem) e/ou executor(destino) da assistência a saúde nas transferências inter-hospitalares; e executor da assistência a saúde(destino) decorrente dos encaminhamentos de "vaga-zero".

	Par 1		Par 2		Par 3	
	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Pré-hospitalar móvel[1]						
Pré-hospitalar fixo[1]						
Inter-hospitalar(destino/executor)[1]						
Inter-hospitalar(origem/solicitante)	138	217	3	74	2	0
"Vaga Zero"	22	77	0	10	0	0

Fonte: CRUE/CROSS [22]

Dados: 2010

Notas:

[1] Informação solicitada a SES(CATC), mas não atendida até a entrega do relatório.

[22] A partir de 2009(agosto), a regulação do Estado passou a ser atendida pela CRUE/CROSS(OSS), razão pela qual não dispõe de dados anteriores

4.3 – CONTROLE DO SUS

A alimentação do SIA e SIH é obrigatória para os hospitais da AD e das OSS, com fulcro no art. 15 do Regulamento do SUS, e no caso das OSS, também pelo Anexo Técnico II do Contrato de Gestão, bem como pelo aludido no art. 5º Lei 12.101/2009, para fazer jus à certificação como entidade beneficente.

Sobre as informações prestadas nesta alimentação cabem análise e verificação do componente estadual do SNA-SUS (art. 3º e 5º, II do Decreto 1.651 de 28 de setembro de 1995), tornando-se obrigatória a análise de prontuários para desbloqueios das AIH (pacientes com a mesma identificação/homônimos ou quando não atinjam a faixa etária ou o tempo mínimo de permanência definido na Tabela de Procedimentos do SUS etc.)

Ao mesmo tempo, tem-se também o acompanhamento e avaliação efetuado pela SES, inclusive da Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão(art. 9º Lei Complementar nº 846/98), em que pelo Anexo Técnico I do Contrato de Gestão, abrange o acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela OSS por meio dos dados registrados no SIH e SIA, além dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela SES.

Talvez correspondente da referida Comissão na AD, existe uma Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação do Contrato Programa(CTAA), em que pelo Anexo Técnico V do Contrato Programa, que possui entre outras funções: avaliar os

parâmetros de produção, indicadores de qualidade e informação em geral; e observação direta, se for preciso, e discussões sobre o funcionamento e prestação de serviços.

Todavia, a auditoria in loco dos dados registrados não estão contemplados nas atribuições da Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão, bem como da Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação do Contrato Programa[23].

Considerado o exposto, a frente em questão, apesar do bloqueio não necessariamente consistir em erro e não provocar perda de informação na SES, consiste em indicativo:

- do grau de controle necessário a se operar por auditoria de prontuários das informações que embasam o acompanhamento e avaliação dos resultados; e
- de perda de informação do Ministério da Saúde.

a) Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS)

	2008		2009		2010	
	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
AIH Apresentadas	13.380	14.220	11.398	18.934	14.454	13.503
AIH Aprovadas	11.022	10.112	7.247	14.239	10.779	12.264
AIH Bloqueadas	2.358	4.108	4.151	4.695	3.675	1.239
Percentual Bloqueado	17,62%	28,89%	36,42%	24,80%	25,43%	9,18%
N° de AIH auditadas in loco[1]	-	-	-	-	29	50
BPAi Apresentadas	3.641	17.938	4.067	18.365	6.163	23.984
BPAi Aprovadas	3.641	17.938	4.067	18.365	6.163	23.984
N° de BPAi fiscalizados in loco[1]	-	-	-	-	-	-

Fonte: GNACS[2]

Dados: 2008 a 2010

Notas:

[1] Disponível somente para 2010

[2] Há divergências com as informações prestadas pela CSS para o hospital da AD

[23] Informações dadas pela CGCSS e CSS/SES em resposta às requisições n° 03/11 e 04/11

b) Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista(OSS)

	2008		2009		2010	
	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
AIH Apresentadas	8.307	15.294	15.064	21.309	14.012	18.423
AIH Aprovadas	7.914	13.848	13.359	14.690	13.435	16.221
AIH Bloqueadas	393	1.446	1.705	6.619	577	2.202
Percentual Bloqueado	4,73%	9,45%	11,32%	31,06%	4,12%	11,95%
Nº de AIH auditadas in loco[1]	-	-	-	-	41	96
BPAi Apresentadas	10.372	24.868	18.195	15.428	18.415	17.177
BPAi Aprovadas	10.372	24.868	18.195	15.428	18.415	17.177
Nº de BPAi fiscalizados in loco[1]	-	-	-	-	-	-

Fonte: GNACS[2]

Dados: 2008 a 2010

Notas:

[1] Disponível somente para 2010

[2] Há divergências com as informações prestadas pela CSS para o hospital da AD

c) Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)

	2008		2009		2010	
	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
AIH Apresentadas	11.519	20.451	13.058	17.637	11.180	18.106
AIH Aprovadas	8.786	16.043	9.743	13.929	10.182	16.500
AIH Bloqueadas	2.733	4.408	3.315	3.708	998	1.606
Percentual Bloqueado	23,73%	21,55%	25,39%	21,02%	8,93%	8,87%
Nº de AIH auditadas in loco[1]	-	-	-	-	100	86
APAC Apresentadas	371.472	0	341.856	0,00	206.209	0
APAC Aprovadas	371.472	0	341.856	0,00	206.209	0
Nº de APAC fiscalizados in loco[1]	-	-	-	-	-	-
BPAi Apresentadas	38.664	38.829	94.273	38.539	139.122	17.025
BPAi Aprovadas	38.664	38.829	94.273	38.539	139.122	17.025
Nº de BPAi fiscalizados in loco[1]	-	-	-	-	-	-

Fonte: GNACS[2]

Dados: 2008 a 2010

Notas:

[1] Disponível somente para 2010

[2] Há divergências com as informações prestadas pela CSS para o hospital da AD

4.4 – INDICADORES

Segundo Bittar(2001), "medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/controle das atividades desenvolvidas, sendo alvo dessa medição os resultados, processos e a estrutura necessária ou utilizada". Nesse aspecto, a frente em questão expõe um leque de indicadores com os dados fornecidos pelos hospitais selecionados, dispostos por pares e série histórica, cuja análise pressupõe o conhecimento dos conceitos/fórmulas arrolados na tabela a seguir.

Quadro 7 - Indicadores e Conceitos

	Indicador	Conceitos
Indicador de Recursos Humanos	Relação Médico/Enfermeiro/ Fisioterapeuta-Leito[24]	Leito especializado – leito hospitalar destinado acomodar pacientes em determinada especialidade médica. Leito hospitalar – cama destinada à internação de um cliente no hospital. (Não considerar como leito hospitalar os leitos de observação e os leitos da unidade de terapia intensiva.)
Indicadores de Qualidade	Taxa de Cesárea	relação percentual entre o número de cesáreas ocorridas no hospital em determinado período e o número de partos no mesmo período.
	Taxa de Suspensão de Cirurgia	Número de cirurgias suspensas dividido pelo total de cirurgias programadas em determinado período e multiplicado por 100
	Taxa de Infecção hospitalar	relação percentual entre o número de infecções adquiridas pelo paciente durante sua permanência no hospital, em determinado período, e o número de pacientes egressos (por altas e ou óbitos)no mesmo período.
	Mortalidade hospitalar	relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados, durante um determinado período, e o número de pacientes egressos (por altas e ou óbitos) no mesmo período.

[24] A relação funcionário/leito pode mostrar falha de alocação(Barradas Barata,2009)

Indicador de Eficiência Técnica[25]	Relação alta/Leitos	Alta – ato médico que determina o encerramento da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao doente até o momento, por cura, melhora, inalteração, a pedido ou transferência. O paciente poderá, caso necessário, receber outra modalidade de assistência, seja no mesmo estabelecimento, em outro ou no próprio domicílio. Leito especializado – leito hospitalar destinado a acomodar pacientes em determinada especialidade médica. Leito hospitalar – cama destinada à internação de um cliente no hospital. (Não considerar como leito hospitalar os leitos de observação e os leitos da unidade de terapia intensiva.)
Indicadores de Desempenho	Média de Permanência (dias)	relação numérica entre o total de pacientes-dia em determinado período e o total de doentes egressos do hospital (por altas e ou óbitos) no mesmo período.
	Índice de Intervalo de Substituição	assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um cliente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.
	Índice de Renovação	1°.) relação entre o número de clientes egressos do hospital (por altas e ou óbitos) em determinado período e o número de leitos postos à disposição dos clientes no mesmo período. Representa a utilização do leito hospitalar durante o período considerado. 2°.) indicação do número de clientes que podem ocupar um leito durante um determinado período.
	Taxa de Ocupação	1°.) relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período. 2°.) relação percentual entre a média dos censos diários, em determinado período, e a capacidade de operação do hospital no mesmo período.
Indicadores de Produção e Produtividade [26]	Número de Internações[27]	internação – admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas.
	Número de Pacientes-dia	Paciente-dia – unidade de mensuração da assistência prestada, em um dia hospitalar, a um paciente internado. O dia de alta somente será computado quando ocorrer no dia da internação.
	Cirurgia/Sala	Sala de cirurgia – elemento destinado à realização de intervenções cirúrgicas.
	Taxa de Cirurgia/Saída	Saída hospitalar – saída do doente do hospital por óbito ou por alta.
	Total Parto/Sala	Sala de cirurgia – elemento destinado à realização de intervenções cirúrgicas. Sala de parto – elemento destinado ao atendimento ao parto por via vaginal.
	Total de exames[28]	Exames laboratoriais clínicos e de imagem
	Exames/Internação	internação – admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período igual ou maior que 24 horas.

Fonte: Brasil(1987), Barradas Barata(2009); Ibanez(2001); Paschoal & Gatto(2006), Bittar(2001)

[25] CPI Remuneração dos Serviços Médico-Hospitalares, Relatório Final. Disponível em <http:/www.al.sp.gov.br/StaticFile/documentacao/cpi_remuneracao_servicoshosp_relatorio_final.htm>. Acesso em 24.03.2010.

[26] As relações Cirurgia/Sala, Taxa de Cirurgia/Saída e Total Parto/Sala permitem caracterizar o perfil do hospital(clínico, cirúrgico, obstétrico)

[27] A AIH sempre terá por objeto a internação, mas não se confunde. Isto porque, a relação internação/ AIH assume a forma 1 para "n" , em que" n" pode ser maior ou igual a 1.

[28] O quantitativo de exames, ao mesmo tempo que pode ser "quanto maior, melhor", também pode ser caracterizado como desperdício, se fruto de solicitações desnecessárias.

Parte destes indicadores possui parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde ou metas consignadas em contrato programa ou contrato de gestão. Especificamente em relação a estas metas, o alcance pelos hospitais da AD se traduz em incentivos(percentual sob orçamento), enquanto para os hospitais geridos por OSS, repercute por meio de ajustes na parte fixa do orçamento de custeio, com base em percentual aplicado ao volume contratado, como na parte variável, dependente de indicadores de qualidade com cálculo/parâmetros definidos em Manual denominado "Indicadores para a Parte Variável Contrato/Convênio de Gestão".

Quadro 8 - Indicadores e Parâmetros do Ministério da Saúde

Indicador	Parâmetro
Taxa de Cesárea[29]	Até 15% por Estado A média no Brasil de cesáreas, em 1999, foi de 24,9%, sendo de 30,1% no Mato Grosso do Sul e de 11,3% no Amapá .
Taxa de Infecção hospitalar	% depende do tipo e complexidade hospitalar
Mortalidade hospitalar	A mortalidade hospitalar no Brasil, apresenta uma média de 2,63% sendo 4,05% RJ e 0,88% no MA (1999)
Média de Permanência (dias)	A média de permanência hospitalar no Brasil /SUS, em 1999 foi de 5,98 dias, sendo 8,92 no Rio de Janeiro e 3,64 em Rondônia (1999).
Taxa de Ocupação[30]	O Brasil apresentou, em 1999, uma média de 48% de ocupação/leito/ano para o SUS, contra 80 a 85% que seria a média desejável.´ A Taxa de ocupação média Brasil, em 1999, foi de 48%, sendo 74% no Distrito Federal e 24% no Maranhão.

Fonte: Brasil(2002)

[29] Em relação a taxa de cesárea existe um limite máximo, preconizado por especialistas, de 25%, já incluídos aí as gestações de alto risco(Barradas Barata, 2009)

[30] Em relação a taxa de ocupação, há de se destacar o informado por Barradas Barata(2009): - o percentual de ocupação de leitos para hospitais gira em torno de 85%, já que o restante deve ser preservado para higienização, manutenção e outras tarefas relativas; e - 40% dos 613 hospitais contratados e conveniados com o SUS/SP apresentam menos de 40% de taxa de ocupação.

Nesses termos, a exposição a seguir permite comparar os hospitais com base nos indicadores dentro de uma série histórica e como instrumentos de avaliação para concessão de incentivos no contrato programa ou de ajustes da parte fixa e da parte variável do orçamento do contrato de gestão.

4.4.1 – Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS)

a) Indicadores de Produção e Metas: Contrato Programa versus Contrato de Gestão

	AD		OSS	
	Indicador	Metas	Indicador	Metas
Internação	Saídas	12.948	Saídas hospitalares	12.590
	Cirurgias	4.092		
	Partos	2.952		
Assistência Ambulatorial	Atendimentos Ambulatoriais	82.380	Consultas ambulatoriais	35.400
	Cirurgias Ambulatoriais	3.108	Cirurgias ambulatoriais	536
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	SADT externo	13.848	SADT Externo	44.760
Atendimento a Urgências e Emergências	Número de atendimentos	334.452	Atendimentos a urgências	98.810

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS)

Dados: 2010

b) Indicadores/Metas para aplicação de Incentivos/parte Variável: Contrato Programa versus Contrato de Gestão

	AD
	Metas
Índices de Produção	Produzir um número anual de Saídas hospitalares não inferior a: anual :12.948 / trimestral:3.237 / mensal: 1.079
	Número anual de cirurgias hospitalares: anual 4.092 / trim: 1.023 / mensal:341

	Número Anual de cirurgias ambulatoriais: anual: 3.108 / trim: 777 / mensal: 259
	Número de Partos: anual: 2.952 / trim:738 / mensal: 246
	Número anual de atendimento ambulatorial: anual:82.380 / trimestral: 20.595 / mensal: 6.865
	Produzir um número anual de SADT externo: Mensal: USG: 436 / Tomo: 36 / Radiologia: 547 / Endoscopia: 82 / Neurofisiologia: 53 Holter e Mapa – acompanhar 1° e 2 trimestre, após pactuar
	Atendimentos de Urgência/Emergência: anual: 334.452 / trim: 83.613 / mensal: 27.871
Índices de Produtividade	Manter a Taxa de Ocupação Institucional Operacional não inferior a 81,68%
	Manter a média de permanência(dias) não superior a 5,5.
	Consultas/Sala/Dia útil: não inferior a 24,51
	Cirurgia/Sala/Dias do mês: não inferior a 2,8
	Manter a relação consultas subseqüentes/primeiras. Acompanhar e estabelecer meta no 2° sem. Excluir o retorno(plástica e vascular)
Índices de Melhoria da Qualidade	Manter a Taxa de Mortalidade Institucional não superior a 3,89%
	Manter a Taxa de Cesárea inferior a 32,00%
	Indicação de Cesárea
	Garantir o funcionamento da Comissão de Óbitos, Comissão de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão de Prontuários e Comissão de Farmácia e Terapêutica, com no mínimo 1 reunião mensal documentada em ata e comparecimento de 80% dos membros da comissão
	Implantação da Notificação de suspeita de reações adversas
	Implementar consentimentos informados específicos dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos
	Fomentar a Formação continuada através da existência de um Plano de Formação Anual dirigido às diferentes categorias
	Número de queixas recebidas e respondidas pelo Conte Comigo.
Processo de Melhoria da Informação	Manter o cadastro e relatório do Núcleo de Informação Hospitalar(NIH) atualizado mensalmente e com informações pertinentes para que os indicadores possam refletir a realidade da instituição. Caso seja necessário a correção a mesma deverá ser realizada no prazo de 5 dias úteis.
	Estabelecer o procedimento e registro para conhecer número de cirurgias suspensas
	Estabelecer o procedimento e registro para conhecer e caracterizar atividade cirúrgica ambulatorial e hospitalar relativa aos dez procedimentos mais realizados
	Melhorar o controle de gestão do processo de hospitalização. Desenhar e elaborar as rotinas e fluxogramas dos processos de internação, atendimentos de usuários e registro de internações e altas hospitalares
	Melhorar o controle de gestão das consultas ambulatoriais: Desenho e elaboração de rotinas e fluxogramas dos processos de registro das consultas identificando primeiras consultas provenientes de solicitação gerada pela própria instituição(interconsulta) e primeiras consultas encaminhadas pela rede básica e consultas subseqüentes(retornos)
Processo de Melhoria da Estrutura	Prestar assistência técnicas, manutenção preventiva e corretiva de forma contínua aos equipamentos e instalações através de: Plano de manutenção preventiva dos equipamentos; fichas de histórico de manutenção de equipamentos e inventário dos equipamentos médicos Lista de padronização de materiais médico-hospitalares
	Apresentar lista de padronização de materiais médico-hospitalares
Processo de Melhoria do Controle Financeiro	Seguimento mensal e gestão dos itens de custeio: manter custeio trimestral previsto em orçamento

Fonte: Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD)

Dados: 2010

Meta	Característi-ca	OSS	
		Indicador	Parâmetro
Qualidade de Informação	Pré-requisito	Diagnóstico Primário das Cesáreas CID-10	>80%
		Diagnóstico Secundário por Especialidade	Médica(>14%); Cirúrgica(>22%); Pediátrica(>10%); Obstétrica(>7%)
		Código de Residência	>95%
Atenção ao Usuário	Pré-requisito	Queixas recebidas/Resolvidas	>80%
Programa de Controle de Infecção Hospitalar	Pré-requisito	UTI Adulto Densidade de Incidência de IH Densidade de Incidência de IH de CS relacionada à CVC Taxa de utilização de cateter venoso central	-
		UTI Neonatal Densidade de Incidência de IH Densidade de Incidência de IH de CS relacionada à CVC Taxa de utilização de cateter venoso central/umbilical	-
Apresentação de AIH	Pré-requisito	% de AIH referente às saídas	100%
Pesquisa de Satisfação do Usuário	Pré-requisito	Questionário aplicado a pacientes internados e acompanhantes	Consolidado Mensal do questionário respondido
		Questionário aplicado a pacientes ambulatoriais na primeira consulta e acompanhantes	
Controle de Origem de Pacientes	Pré-requisito	Registro de origem dos encaminhamentos para o SADT externo e ambulatório	Censo de Origem mensal dos encaminhamentos
Plano de Obstetrícia	Variável(25%)	Plano de Ação para Melhoria Contínua da Obstetrícia	Envio do Plano de Ação
		Plano de Cesárea Global	-
		Taxa de Cesáreas em Primíparas	-
Programa de Controle de Infecção hospitalar	Variável(25%)	UTI adulto Taxa de utilização de ventilação mecânica Densidade de Incidência de Pneumonia associada à VM	Relatório Mensal elaborado pela CCIH
		UTI neonatal Taxa de utilização de ventilação mecânica Densidade de Incidência de Pneumonia associada à VM	
Taxa de Cirurgia Suspensa / Taxa de Cirurgia Laparoscópica	Variável(25%)	Número de Cirurgias Agendadas / Número de Cirurgias Suspensas Número de Cirurgias de Colecistectomia / Número de Colecistectomia Laparoscópica	Relatório trimestral
Tempo Médio de Permanência por Clínica	Variável(25%)	Tempo médio de Permanência por Clínica	Relatório trimestral
Mortalidade operatória	-	Taxa de mortalidade operatória	-
Mortalidade por infarto agudo do miocárdio		Taxa de mortalidade por IAM	

Fonte: Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS)

Dados: 2010

Notas:

Extraído do relatório de avaliação da parte variável(3° Trimestre 2010)

c) Indicadores de Recursos Humanos

Indicador	2008		2009		2010	
	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Relação Fisioterapeuta – Leito	0,01	0,008	0,01	0,0202	0,02	0,0162
Relação Auxiliar de Enfermagem – Leito	2,59	1,261	2,05	1,2996	2,11	1,2996
Relação Técnico de Enfermagem – Leito	-	0,2851	-	0,2713	-	0,3603
Relação Enfermeiro – Leito	0,41	0,261	0,41	0,2915	0,50	0,3077
Relação Médico – Leito	1,71	1,0241	1,53	1,0567	1,62	1,1093

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS)

Dados: 2008 a 2010

d) Indicadores de Qualidade

Indicador	2008		2009		2010	
	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Taxa de Cesárea	33,40	22,06	33,41	22,14	29,57	21,80
Taxa de Suspensão de Cirurgia	16,07	14,06	15,58	16,28	8,23	14,87
Taxa de Infecção hospitalar – Cirúrgica	-	3,27	-	5,65	-	1,84
Taxa de Infecção hospitalar – Clínica Médica	-	4,12	-	3,34	-	6,10
Taxa de Infecção hospitalar – Clínica Pediátrica	-	1,81	-	0,93	-	0,96
Taxa de Infecção hospitalar – Geral	-	3,69	3,4	3,44	4,12	3,56
Mortalidade Geral	3,42	4,63	4,48	5,02	4,32	4,83
Mortalidade Cirúrgica	1,18	3,16	0,53	4,09	0,82	4,21
Mortalidade Clínica Médica	4,25	14,84	10,60	15,44	12,18	16,46
Mortalidade Clínica Pediátrica	0	0,94	0,05	0,73	0,59	0,82

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS);

Dados: 2008 a 2010

e) Indicadores de Desempenho

Indicador	2008		2009		2010	
	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Média de Permanência (dias) – Cirúrgica	4,14	5,79	5,03	6,26	4,43	6,65
Média de Permanência (dias) – Clínica Médica	20,38	8,34	6,40	8,81	5,60	9,13
Média de Permanência (dias) – Clínica Pediátrica	3,95	8,17	4,70	8,09	5,08	8,94
Média de Permanência (dias) – Geral	5,48	6,38	5,94	6,72	5,33	6,91
Índice de Intervalo de Substituição – Cirúrgica	1,25	0,38	0,75	0,16	0,65	0,22
Índice de Intervalo de Substituição – Clínica Médica	0,59	0,00	0,20	0,08	0,26	0,05
Índice de Intervalo de Substituição – Clínica Pediátrica	2,14	4,83	1,98	3,43	1,96	2,78
Índice de Intervalo de Substituição – Geral	1,56	1,20	1,27	0,92	1,33	0,82
Índice de Renovação – Cirúrgica[1]	5,71	52,37	5,05	55,99	6,40	52,37
Índice de Renovação – Clínica Médica[1]	6,32	45,88	4,46	50,85	4,88	45,88
Índice de Renovação – Clínica Pediátrica[1]	5,08	29,88	4,61	32,09	7,99	31,15
Índice de Renovação – Geral[1]	4,39	49,02	4,26	50,58	4,91	49,41
Taxa de Ocupação – Cirúrgica	76,86	93,86	85,88	97,51	86,15	96,83
Taxa de Ocupação – Clínica Médica	87,79	99,96	96,65	99,12	95,60	99,49
Taxa de Ocupação – Clínica Pediátrica	66,42	62,86	72,71	70,21	73,69	76,25
Taxa de Ocupação – Geral	77,51	84,21	82,12	88,00	85,82	89,35

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS)

Dados: 2008 a 2010

Notas:

[1] Diferenças no cálculo do Índice de Renovação envolvem desde o denominador(saídas com ou sem transferências, nº de internações ou pacientes) até o numerador(leitos existentes/operacionais por período ou não).

f) Indicador de Eficiência Técnica

Indicador	2008		2009		2010	
	AD[1]	OSS[2]	AD[1]	OSS[2]	AD[1]	OSS[2]
Relação alta total/Total de Leitos	44,64	44,75	49,92	46,87	51,12	45,62
Relação altas/Leitos Cirúrgicos	41,4	49,41	54,48	51,27	57,6	47,43
Relação altas/Leitos Clínica Médica	56,28	41,13	50,16	42,43	50,76	37,8
Relação altas/Leitos Obstétricos	102,84	89,98	117,36	91,10	103,2	96,9
Relação altas/Leitos Pediátricos	58,68	70,53	53,76	86,12	45,6	83,71

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS)

Dados: 2008 a 2010

Notas:

[1] Relação de altas/Total de Leitos = n° de altas(acumulado de jan a dez)/total de Leitos existentes(acumulado de jan a dez). Para equivalência, o valor informado pelo hospital foi multiplicado por 12.

[2] Relação de altas(acumulado do ano)/Leitos existentes.

g) Indicadores de Produção e Produtividade

Produção aprovada por complexidade [1]		2008		2009		2010	
		AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Ambulatorial	Atenção Básica	73.317	20.587	360.557	0	50.089	27.284
	Média Complexidade	974.488	360.456	873.366	378.945	968.629	368.077
	Alta Complexidade	2.813	8.124	30.283	7.432	2.102	11.613
	Total	1.050.618	389.167	1.264.206	386.377	1.020.820	406.974
Hospitalar	Média Complexidade	11.003	10.076	7.176	14.239	10.845	12.257
	Alta Complexidade	19	36	2	0	3	7
	Total	11.022	10.112	7.178	14.239	10.848	12.264

Fonte: TABWIN/SIA/SIH(ANEXO B)

Dados: 2008 a 2010

Notas:

[1] A produção hospitalar deve ser analisada considerando a perda decorrente dos bloqueios não analisados pelo componente estadual do SNA, a relação Nº de AIHs por internação(no mínimo 1 para 1) e a possibilidade de prestação incompleta/incorreta de informação.

Indicador	2008		2009		2010	
	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Número de Internações	13.635	12.010	14.375	12.504	15.976	12.209
Número de Pacientes-dia	62.226	76.679	76.653	83.973	75.527	84.287
Cirurgia/Sala	709,50	826,83	895	834,83	1.171	800,83
Taxa de Cirurgia/Saída	21,88%	41,27	28,05%	40,09	33,30%	39,38
Total parto/Sala	622,20	500	602,60	498,83	697,8	545,50
Total de exames	528.255	164.054	375.295	186.799	456.689	195.224
Exames/Internação[1]	38,74	13,66	26,10	14,94	28,46	15,99

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS)

Dados: 2008 a 2010

Notas:

[1] No cálculo de Exames/Internação, a diferença entre os hospitais pode advir do considerado no denominador: total de exames ou exames decorrentes da internação.

4.4.2 – Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista(OSS)

a) Indicadores de Produção e Metas: Contrato Programa versus Contrato de Gestão

	AD		OSS	
	Indicador	Metas[1]	Indicador	Metas
Internação	Saídas	11.292	Saídas hospitalares	14.765
	Cirurgias	2.184		
	Partos	3.312		
Hospital Dia	-	-	Hospital Dia	960
Assistência Ambulatorial	Atendimentos Ambulatoriais	35.328	Consultas Ambulatoriais	67.005
	Cirurgias Ambulatoriais	360	Cirurgias ambulatoriais	893
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	SADT externo	6.480	SADT Externo	50.591
Atendimento a Urgências e Emergências	Número de atendimentos	204.000	Atendimentos a urgências	220.095

Fonte: Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS)

Dados: 2010

Notas:

[1] Meta anual = Metal mensal x 12

b) Indicadores/Metas para aplicação de Incentivos/parte Variável: Contrato Programa versus Contrato de Gestão

Índices de Produção	Número de Saídas Hospitalares	11.292(anual) / 941(mês)
	Número de Cirurgias Hospitalares	2.184(anual) / 182(mês)
	Número de Cirurgias Ambulatoriais	360(anual) / 30(mês)
	Número de Partos	3.312(anual) / 276(mês)
	Número de Atendimento Ambulatorial	35.328(anual) / 2944(mês)
	Exames Externos	6.480(anual) / 540(mês)
	Número de Atendimentos de Urgência e Emergência	204.000(anual) / 17.000(mês)

Índices de Produtividade	Taxa de Ocupação	Superior a 71,99%
	Média de Permanência	Inferior a 5,31%
	Consulta / Sala / Dia Útil	Superior a 28,04%
	Cirurgia / Sala / Dia Mês	Superior a 3 / sala
	Relação de Consultas Médicas Subseqüentes / Primeiras	Inferior a 1,3
Índices de Melhoria da Qualidade	Taxa de Mortalidade Institucional	Inferior a 3,2
	Taxa de Cesárea	Inferior a 28,32
	Indicação de Cesárea	Apresentação de Relatório com as Indicações e Plano para Diminuição da Taxa de Cesárea
	Comissões Hospitalares – (Revisão de Óbitos, Revisão de Prontuários, Infecção Hospitalar e Farmácia e Terapêutica)	Reunião Mensal Documentada em Ata com Freqüência de 80% dos membros, documentado em impresso próprio
	Notificação de Suspeita de Reações Adversas	Relatório Mensal para Acompanhamento
	Plano de Formação Anual	Apresentação dos Cursos e Treinamentos e Atualizações realizados pela Instituição
Processo de Melhoria da Informação	Núcleo de Informação Hospitalar	Manter o Cadastro e Relatório do Núcleo de Informação Hospitalar atualizado mensalmente e com informações pertinentes para que os Indicadores possam refletir a realidade da Instituição
	Cirurgias Suspensas	Estabelecer os Procedimentos e Registros para Conhecimento do Número de Cirurgias Suspensas
	Procedimentos e Registros de Cirurgias	Estabelecer os Procedimentos e Registros para Conhecimento do Número dos 10 Procedimentos Cirúrgicos mais realizados
	Fluxogramas e Rotinas	Melhorar o Controle de Gestão do Processo de Hospitalização
Processo de Melhoria da Estrutura	Prestar Assistência Técnica, Manutenção Corretiva de Forma Contínua aos Equipamentos e Instalações	Inventário dos Equipamentos Médico-Hospitalares; Padronização de Materiais Médico-Hospitalares; Ficha Com Histórico de Manutenção dos Equipamentos; Plano de Manutenção Preventiva dos Equipamentos
	Padronização de Materiais Médico-Hospitalares	Lista de Padronização de Materiais Médicos-Hospitalares
Processo de Melhoria do Controle Financeiro	Seguimento Mensal e Gestão dos itens de Custeio	Manter Custeio Trimestral Previsto em Orçamento

Fonte: Hospital Geral de Guaianases(AD)

Dados: 2010

Meta	Característi-ca	OSS	
		Indicador	Parâmetro
Qualidade de Informação	Pré-requisito	Diagnóstico Primário das Cesáreas CID-10	>80%
		Diagnóstico Secundário por Especialidade	Médica(>14%); Cirúrgica(>22%); Pediátrica(>10%); Obstétrica(>7%)
		Código de Residência	>95%
Atenção ao Usuário	Pré-requisito	Queixas recebidas/Resolvidas	>80%
Programa de Controle de Infecção Hospitalar	Pré-requisito	UTI Adulto Densidade de Incidência de IH Densidade de Incidência de IH de CS relacionada à CVC Taxa de utilização de cateter venoso central	-
		UTI Neonatal Densidade de Incidência de IH Densidade de Incidência de IH de CS relacionada à CVC Taxa de utilização de cateter venoso central/umbilical	-
Apresentação de AIH	Pré-requisito	% de AIH referente às saídas	100%
Pesquisa de Satisfação do Usuário	Pré-requisito	Questionário aplicado a pacientes internados e acompanhantes	Consolidado Mensal do questionário respondido
		Questionário aplicado a pacientes ambulatoriais na primeira consulta e acompanhantes	
Controle de Origem de Pacientes	Pré-requisito	Registro de origem dos encaminhamentos para o SADT externo e ambulatório	Censo de Origem mensal dos encaminhamentos
Plano de Obstetrícia	Variável(25%)	Plano de Ação para Melhoria Contínua da Obstetrícia	Envio do Plano de Ação
		Plano de Cesárea Global	-
		Taxa de Cesáreas em Primíparas	-
Programa de Controle de Infecção hospitalar	Variável(25%)	UTI adulto Taxa de utilização de ventilação mecânica Densidade de Incidência de Pneumonia associada à VM	Relatório Mensal elaborado pela CCIH
		UTI neonatal Taxa de utilização de ventilação mecânica Densidade de Incidência de Pneumonia associada à VM	Relatório Trimestral elaborado pela CCIH
Taxa de Cirurgia Suspensa / Taxa de Cirurgia Laparoscópica	Variável(25%)	Número de Cirurgias Agendadas / Número de Cirurgias Suspensas Número de Cirurgias de Colecistectomia / Número de Colecistectomia Laparoscópica	Relatório trimestral
Tempo Médio de Permanência por Clínica	Variável(25%)	Interneção com tempo de permanência dia por clínica	Relatório trimestral
Mortalidade operatória	-	Taxa de mortalidade operatória	-
Mortalidade por infarto agudo do miocárdio		Taxa de mortalidade por IAM	

Fonte: Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS)

Dados: 2010

Notas: Extraído do relatório de avaliação da parte variável(3° Trimestre 2010)

c) Indicadores de Recursos Humanos

Indicador	2008		2009		2010	
	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Relação Fisioterapeuta – Leito	0,1	0,06	0,1	0,06	0,0	0,07
Relação Auxiliar de Enfermagem – Leito	2,1	1,37	1,6	1,44	1,7	1,46
Relação Técnico de Enfermagem – Leito	-	0,26	-	0,24	-	0,26
Relação Enfermeiro – Leito	0,3	0,29	0,3	0,29	0,3	0,32
Relação Médico – Leito	1,6	1,05	1,0	1,06	1,3	0,92

Fonte: Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS)

Dados: 2008 a 2010

d) Indicadores de Qualidade

Indicador	2008		2009		2010	
	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Taxa de Cesárea	28,84	17,70	29,88	17,95	26,84	19,86
Taxa de Suspensão de Cirurgia	10,46	22,56	9,64	25,86	8,72	25,05
Taxa de Infecção hospitalar – Cirúrgica	0,39	2,42	0,34	1,76	0,27	1,17
Taxa de Infecção hospitalar – Clínica Médica	0,43	3,64	0,59	3,52	1,07	2,66
Taxa de Infecção hospitalar – Clínica Pediátrica	-	1,26	0,14	0,73	-	1,11
Taxa de Infecção hospitalar – Geral	0,99	2,9	1,11	2,5	1,08	2,4
Mortalidade Geral	3,08	5,24	3,16	5,34	3,90	5,52
Mortalidade Cirúrgica	0,89	1,85	0,75	1,87	1,15	2,12
Mortalidade Clínica Médica	8,68	16,88	8,60	18,35	11,08	17,80
Mortalidade Clínica Pediátrica	0,14	0,86	0,20	1,00	0,67	0,79

Fonte: Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS)

Dados: 2008 a 2010

e) Indicadores de Desempenho

Indicador	2008		2009		2010	
	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Média de Permanência (dias) - Cirúrgica	3,40	5,13	3,60	5,12	3,22	4,69
Média de Permanência (dias) - Clínica Médica	6,83	9,62	8,65	9,95	5,89	9,98
Média de Permanência (dias) - Clínica Pediátrica	4,33	6,89	5,11	6,42	5,05	6,75
Média de Permanência (dias) - Geral	4,58	6,42	4,98	6,33	4,27	6,29
Índice de Intervalo de Substituição - Cirúrgica	1,62	1,19	0,80	0,82	1,33	1,29
Índice de Intervalo de Substituição - Clínica Médica	1,08	0,04	0,77	0,07	1,09	0,08
Índice de Intervalo de Substituição - Clínica Pediátrica	2,27	1,80	2,39	2,23	3,87	1,77
Índice de Intervalo de Substituição - Geral	1,61	0,90	1,40	0,95	1,70	0,67
Índice de Renovação - Cirúrgica	72,63	4,81	83,04	5,12	80,30	5,09
Índice de Renovação - Clínica Médica	46,13	3,45	38,71	3,25	52,26	3,26
Índice de Renovação - Clínica Pediátrica	55,34	3,52	48,68	3,51	40,92	3,92
Índice de Renovação - Geral	59,00	4,25	57,23	4,27	61,12	4,39
Taxa de Ocupação - Cirúrgica	67,74	81,18	81,87	86,17	70,79	78,36
Taxa de Ocupação - Clínica Médica	86,37	99,56	91,80	99,30	84,37	99,18
Taxa de Ocupação - Clínica Pediátrica	65,65	79,28	68,18	74,19	56,62	79,19
Taxa de Ocupação - Geral	73,96	87,75	78,06	86,99	71,48	90,42

Fonte: Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS)

Dados: 2008 a 2010

Notas:

[1] Diferenças no cálculo do Índice de Renovação envolvem desde o denominador(saídas com ou sem transferências, nº de internações ou pacientes) até o numerador(leitos existentes/operacionais por período ou não).

f) Indicador de Eficiência Técnica

Indicador	2008		2009		2010	
	AD[1]	OSS[2]	AD[1]	OSS[2]	AD[1]	OSS[2]
Relação alta total/Total de Leitos	50,04	45,92	47,28	45,99	50,76	47,83
Relação altas/Leitos Cirúrgicos	64,44	52,59	70,32	55,30	65,76	57,13
Relação altas/Leitos Clínica Médica	39,48	32,34	31,56	29,51	40,56	30,38
Relação altas/Leitos Obstétricos	92,28	103,98	94,56	105,76	83,16	110,02
Relação altas/Leitos Pediátricos	54,12	40,52	45,48	40,42	39,12	45,11

Fonte: Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS)

Dados: 2008 a 2010

Notas:

[1] Relação de altas/Total de Leitos = nº de altas(acumulado de jan a dez)/total de Leitos existentes(acumulado de jan a dez). Para equivalência, o valor informado pelo hospital foi multiplicado por 12.

[2] Relação de altas(acumulado do ano)/Leitos existentes.

g) Indicadores de Produção e Produtividade

Produção aprovada por complexidade [1]		2008		2009		2010	
		AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Ambulatorial	Atenção Básica	65.990	130.814	38.976	14.218	45.572	20.377
	Média Complexidade	619.281	908.776	735.953	831.263	702.244	664.138
	Alta Complexidade	1.117	7.064	1.337	7.118	1.773	11.781
	Total	686.388	1.046.654	776.266	852.599	749.589	696.296
Hospitalar	Média Complexidade	7.723	13.837	13.574	14.962	13.435	15.723
	Alta Complexidade	10	21	1	3	0	0
	Total	7.733	13.858	13.575	14.965	13.435	15.723

Fonte: TABWIN/SIA/SIH(ANEXO B)

Dados: 2008 a 2010

Notas:

[1] A produção hospitalar deve ser analisada considerando a perda decorrente dos bloqueios não analisados pelo componente estadual do SNA, a relação N° de AIHs por internação(no mínimo 1 para 1) e a possibilidade de prestação incompleta/incorreta de informação.

Indicador/Variável	2008		2009		2010	
	AD[1]	OSS	AD[1]	OSS	AD[1]	OSS
Número de Internações	10.709	15.031	12.616	15.316	13.747	15.109
Número de Pacientes-dia	54.068	90.997	62.126	90.819	62.172	91692
Cirurgia/Sala	868	776,57	936	800,14	935	822,43
Taxa de Cirurgia/Saída	22,18	38,37	22,50	39,03	19,26	39,48
Total Parto/Sala	945	409,89	1.078	417,89	1.171	436,78
Total de exames	321.375	208.759	366.550	260.134	389.395	286.910
Exames/Internação	10,06	13,89	10,63	16,98	5,27	18,99

Fonte: Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS)

Dados: 2008 a 2010

Notas:

[1] Para equivalência de Exames/Internação, fez-se a divisão do n° de exames informado pelo hospital pelo número de Internações. No cálculo de Exames/Internação, a diferença entre os hospitais pode advir do considerado no denominador: total de exames ou exames decorrentes da internação

4.4.3 – Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)

a) Indicadores de Produção e Metas: Contrato Programa versus Contrato de Gestão

	AD		OSS	
	Indicador	Metas	Indicador	Metas
Internação	Saídas	10.788	Saídas hospitalares	14.942
	Cirurgias	2.556		
	Partos	Acompanhamento		
Assistência Ambulatorial	Atendimentos Ambulatoriais	76.944	Consultas Ambulatoriais	-
	Cirurgias Ambulatoriais	264	Cirurgia ambulatorial	
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	SADT externo	4.800	SADT Externo	11.496
Atendimento **a** Urgências e Emergências	Número de atendimentos	Acompanhamento	Atendimentos à urgências	288.000

Fonte: Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)
Dados: 2010

b) Indicadores/Metas para aplicação de Incentivos/Parte Variável: Contrato Programa versus Contrato de Gestão

	AD
	Metas
Índices de Produtividade	Manter a Taxa de Ocupação Institucional Operacional(NIH) não inferior a 81%
	Produzir um número de saídas hospitalares não inferior a: anual 10.788 / trimestral: 2.697 / mensal:899
	Manter a média de permanência(dias) não superior a 6,4 dias
	Número de cirurgias: anual: 2.556 / trim: 639 / mensal: 213 Aumentar em média e alta complexidade
	Produzir um número de SADT externo: Externo: anual: 4.800/ trim: 1.200 / mensal:400 Endoscopia/Neurofisiologia/Mamografria/tomografia/USG
	Número de atendimento ambulatorial: anual:76.944 / trimestral: 19.236 / mensal: 6.412 Incluir laudo/Isenção/Perícia
	Número de Cirurgias Ambulatorial: anual: 264 / trim: 66 / mensal: 22
	Atendimentos de urg/emergência
Índices de Melhoria da Qualidade	Manter a Taxa de Mortalidade Institucional não superior a 3,3%
	Manter a Taxa de Cesárea inferior a 38,00%
	Taxa de cesárea depurada
	Índice de úlcera por pressão
	Não conformidade na administração de medicamentos pela enfermagem
	Comparar diagnósticos pré-operatório com os exames anatomo-patológico das pecas cirúrgicas
	Satisfação do Usuário
	Apresentar o protocolo de vigilância de processo realizados pela CCIH da

	Instituição nas áreas: Central de Material pela CCIH da Instituição nas áreas: Central de Material UTI e Centro Cirúrgico. Obs: descrever os indicadores de esterilização utilizados pela instituição
	Apresentação do relatório da CCIH dos 4 indicadores utilizados pelas SES para os Hospitais Gerais
	Garantir o funcionamento das Comissões: Comissão de Infecção Hospitalar(CCIH), Óbitos, Revisão de Prontuários e Comissão de Farmácia. Com no mínimo uma reunião mensal documentada com ata e comparecimento de 80% dos membros da comissão
	Tempo decorrido entre a Indicação Cirúrgica das 3 especialidades que mais cirurgias eletivas realizam e a efetiva realização da cirurgia
Processo de Melhoria da Informação	Manter o cadastro e relatório hospitalar e ambulatorial do Núcleo de Informação Hospitalar(NIH) atualizado mensalmente e com informações pertinentes para que os indicadores possam refletir a realidade da instituição.
Processo de Melhoria do Controle Financeiro	Faturamento
	Seguimento mensal e gestão dos itens de custeio: manter custeio trimestral previsto em orçamento

Fonte: Hospital Regional Sul São Paulo(AD)

Dados: 2010

Meta	Característi-ca	OSS	
		Indicador	Parâmetro
Qualidade de Informação	Pré-requisito	Diagnóstico Primário das Cesáreas CID-10	>80%
		Diagnóstico Secundário por Especialidade	Médica(>14%); Cirúrgica(>22%); Pediátrica(>10%); Obstétrica(>7%)
		Código de Residência	>95%
Atenção ao Usuário	Pré-requisito	Queixas recebidas/Resolvidas	>80%
Programa de Controle de Infecção Hospitalar	Pré-requisito	UTI Adulto Densidade de Incidência de IH Densidade de Incidência de IH de CS relacionada à CVC Taxa de utilização de cateter venoso central	-
		UTI Neonatal Densidade de Incidência de IH Densidade de Incidência de IH de CS relacionada à CVC Taxa de utilização de cateter venoso central/umbilical	-
Apresentação de AIH	Pré-requisito	% de AIH referente às saídas	100%
Pesquisa de Satisfação do Usuário	Pré-requisito	Questionário aplicado a pacientes internados e acompanhantes	Consolidado Mensal do questionário respondido
		Questionário aplicado a pacientes ambulatoriais na primeira consulta e acompanhantes	
Controle de Origem de Pacientes	Pré-requisito	Registro de origem dos encaminhamentos para o SADT externo e ambulatório	Censo de Origem mensal dos encaminhamentos
Plano de Obstetrícia	Variável(25%)	Plano de Ação para Melhoria Contínua da Obstetrícia	Envio do Plano de Ação
		Plano de Cesárea Global	-
		Taxa de Cesáreas em Primíparas	-
Programa de Controle de Infecção hospitalar	Variável(25%)	UTI adulto Taxa de utilização de ventilação mecânica Densidade de Incidência de Pneumonia associada à VM	Relatório Mensal elaborado pela CCIH
		UTI neonatal Taxa de utilização de ventilação	Relatório Trimestral elaborado pela CCIH

		mecânica Densidade de Inicdência de Pneumonia associada à VM	
Taxa de Cirurgia Suspensa / Taxa de Cirurgia Laparoscópica	Variável(25%)	Número de Cirurgias Agendadas / Número de Cirurgias Suspensas Número de Cirurgias de Colecistectomia / Número de Colecistectomia Laparoscópica	Relatório trimestral
Tempo Médio de Permanência por Clínica	Variável(25%)	Tempo médio de Permanência por Clínica	Relatório trimestral
Mortalidade operatória	-	Taxa de mortalidade operatória	-
Mortalidade por infarto agudo do miocárdio		Taxa de mortalidade por IAM	-

Fonte: Hospital Geral do Grajaú(OSS)

Dados: 2010

Notas:

Extraído do relatório de avaliação da parte variável(2° Trimestre 2010)

c) Indicadores de Recursos Humanos

Indicador	2008		2009		2010	
	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Relação Fisioterapeuta - Leito	0,01	0,07	0,02	0,05	0,02	0,07
Relação Auxiliar de Enfermagem - Leito	2,24	1,8	2,25	1,7	2,35	1,3
Relação Técnico de Enfermagem - Leito	-	0,3	-	0,4	-	0,8
Relação Enfermeiro - Leito	0,47	0,3	0,36	0,4	0,47	0,3
Relação Médico - Leito	2,53	1,1	2,45	1,2	2,6	1,1

Fonte: Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)

Dados: 2008 a 2010

d) Indicadores de Qualidade

Indicador	**2008**		**2009**		**2010**	
	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Taxa de Cesárea	35,15	74	40,98	70	38,94	75
Taxa de Suspensão de Cirurgia	45,74	15	28,6	18	21,33	8
Taxa de Infecção hospitalar - Cirúrgica	2,2	2,45	1,7	2,16	2,3	1,66
Taxa de Infecção hospitalar - Clínica Médica	48,5	3,72	34,3	4,59	45,6	3,50
Taxa de Infecção hospitalar - Clínica Pediátrica	85,9	1,02	45,8	0,44	53,4	1,01
Taxa de Infecção hospitalar - Geral	3,3	4,20	2,6	3,53	2,6	3,31
Mortalidade Geral	4,44	5,90	4	5,40	4,46	5,80
Mortalidade Cirúrgica	2,47	3,60	2,29	2,20	3,15	2,55
Mortalidade Clínica Médica	16,67	15,85	3,88	15,66	17,53	16,49
Mortalidade Clínica Pediátrica	0,46	0,2	4,1	0,20	0,16	0,45

Fonte: Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)

Dados: 2008 a 2010

e) Indicadores de Desempenho

Indicador	2008		2009		2010	
	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Média de Permanência (dias) - Cirúrgica	4,65	3,82	5,17	4,07	5,43	4,36
Média de Permanência (dias) - Clínica Médica	8,1	7,25	11,15	7,49	10,95	6,77
Média de Permanência (dias) - Clínica Pediátrica	5,6	4,60	6,52	4,39	8,63	4,66
Média de Permanência (dias) - Geral	6,49	5,14	6,63	5,22	6,63	5,32
Índice de Intervalo de Substituição - Cirúrgica	1,69	3,76	1,63	4,02	1,58	4,31
Índice de Intervalo de Substituição - Clínica Médica	2,68	7,16	1,03	7,41	0,99	6,69
Índice de Intervalo de Substituição - Clínica Pediátrica	5,51	4,53	3,97	4,33	3,91	4,60
Índice de Intervalo de Substituição - Geral	1,97	5,07	1,81	5,15	1,65	5,26
Índice de Renovação - Cirúrgica	5,19	2,17	4,68	2,53	4,61	2,43
Índice de Renovação - Clínica Médica	4,15	1,43	3,59	1,50	3,52	1,68
Índice de Renovação - Clínica Pediátrica	4,5	1,72	4,14	2,14	3,7	2,15
Índice de Renovação - Geral	3,65	1,81	3,62	1,99	3,7	2,02
Taxa de Ocupação - Cirúrgica	74,57	69,25	74,71	86,19	76,18	88,43
Taxa de Ocupação - Clínica Médica	90,11	86,95	92,84	94,15	92,25	94,87
Taxa de Ocupação - Clínica Pediátrica	61,37	66,07	70,25	78,56	71,6	83,61
Taxa de Ocupação - Geral	76,97	77,87	78,76	86,98	80,19	89,62

Fonte: Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)

Dados: 2008 a 2010

Notas:

[1] Diferenças no cálculo do Índice de Renovação envolvem desde o denominador(saídas com ou sem transferências, nº de internações ou pacientes) até o numerador(leitos existentes/operacionais por período ou não).

f) Indicador de Eficiência Técnica

Indicador	2008		2009		2010	
	AD[1]	OSS[2]	AD[1]	OSS[2]	AD[1]	OSS[2]
Relação alta total/Total de Leitos	51,84	58,67	53,76	53,66	53,28	55,03
Relação altas/Leitos Cirúrgicos	39	78,46	41,16	72,19	41,16	73,84
Relação altas/Leitos Clínica Médica	59,64	54,69	68,28	49,04	69,96	51,00
Relação altas/Leitos Obstétricos	66,84	128,29	61,68	121,75	60,84	123,92
Relação altas/Leitos Pediátricos	55,68	49,93	67,44	47,56	59,04	48,76

Fonte: Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)

Dados: 2008 a 2010

Notas:

[1] Relação de altas/Total de Leitos = nº de altas(acumulado de jan a dez)/total de Leitos existentes(acumulado de jan a dez). Para equivalência, o valor informado pelo hospital foi multiplicado por 12.

[2] Relação de altas(acumulado do ano)/Leitos existentes.

g) Indicadores de Produção e Produtividade

Produção aprovada por complexidade [1]		2008		2009		2010	
		AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Ambulatorial	Não se aplica	35.694	0,0	91.407	0,00	135.966	107
	Atenção Básica	296.339	72.517	53.622	101.662	64.244	86.758
	Média Complexidade	411.712	586.378	430.764	786.796	432.327	674.092
	Alta Complexidade	372.374	11.277	342.689	15.488	206.968	15.773
	Total	1.116.119	670.172	918.482	903.946	839.505	776.730
Hospitalar	Média Complexidade	8.729	16.016	9.677	13.916	10.055	16.474
	Alta Complexidade	57	27	66	13	127	26
	Total	8.786	16.043	9.743	13.929	10.182	16.500

Fonte: TABWIN/SIA/SIH(ANEXO B)

Dados: 2008 a 2010

Notas:

[1] A produção hospitalar deve ser analisada considerando a perda decorrente dos bloqueios não analisados pelo componente estadual do SNA, a relação Nº de AIHs por internação(no mínimo 1 para 1) e a possibilidade de prestação incompleta/incorreta de informação.

Indicador	2008		2009		2010	
	AD	OSS	AD	OSS	AD	OSS
Número de Internações	10.474	16.181	9.971	15.323	9.410	15.680
Número de Pacientes-dia	69.352	83.202	67.894	79.862	68.796	83.479
Cirurgia/Sala[3]	1,78	59,04	1,66	56,17	1,91	63,29
Taxa de Cirurgia/Saída[1]	24,23	36	24,01	36	26,31	40
Total Parto/Sala	71,3	42,75	63,33	41,89	56,75	41,41
Total de exames	775.238	851.924	484.298	927.648	496.810	694.837
Exames/Internação[2]	23,16	52,65	16	60,54	16,45	44,31

Fonte: Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)

Dados: 2008 a 2010

Notas:

[1] O valor unitário informado pelo hospital(OSS) foi multiplicado por 100.

[2] No cálculo de Exames/Internação, a diferença entre os hospitais pode advir do considerado no denominador: total de exames ou exames decorrentes da internação.

[3] A diferença entre os hospitais pode advir da sistemática de cálculo.

4.5 – DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO ECONÔMICO

A análise e interpretação do resultado econômico, a partir dos modelos de mensuração e demonstração de Slomski(2001) e do Manual de Contabilidade aplicada ao Setor Público(2010), passa pelo detalhamento da apuração da receita econômica e de custos de operação envolvidos.

A receita econômica adveio da multiplicação dos procedimentos[31] realizados e **aprovados** nos sistema SIA e SIH pelo valor constante na Tabela SUS[32], operação contabilizada por meio do TABWIN. Dessa forma, não considerou os procedimentos bloqueados pelo sistema SIH, ainda que realizados e passíveis de aprovação, contudo pendentes de acerto ou auditoria pelo componente estadual do SNA/SUS para liberação.

---

[31] É o detalhamento do método, do processo, da intervenção ou da ação que será realizada no usuário, no ambiente e ainda no controle ou acompanhamento dos atos complementares e administrativos ligados direta ou indiretamente ao atendimento de usuários no Sistema Único de Saúde. Cada procedimento tem atributos definidos que os caracterizam de forma exclusiva. (Portaria GM/MS 321/2007)

[32] Na Tabela, o valor do procedimento de internação possui dois componentes: Serviços Hospitalares (SH), incorporando os Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT) e Serviços Profissionais (SP). O valor do procedimento ambulatorial tem um componente, Serviços Ambulatoriais (SA).

- O valor da internação hospitalar compreende:

a) Serviços Hospitalares - SH - incluem diárias, taxas de salas, alimentação, higiene, pessoal de apoio ao paciente no leito, materiais, medicamentos e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia – SADT (exceto medicamentos especiais e SADT especiais); e

b) Serviços Profissionais - SP - Corresponde à fração dos atos profissionais (médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros obstetras) que atuaram na internação.

- O valor ambulatorial (SA): compreende somente o componente SA, que inclui taxa de permanência ambulatorial, serviços profissionais, materiais, medicamentos, apoio, não está incluído medicamento de dispensação excepcional.(Portaria GM/MS 321/2007)

A forma de apuração valorada pela Tabela SUS consistiu em alternativa renunciada(desprezada), tanto para os hospitais da AD como das OSS, apesar de não haver garantias de ser, na totalidade, o menor preço de mercado à vista, corresponde ao menor valor entre aquelas consideradas possíveis para a execução da ação pública em saúde[33].

Como custo de produção, foram considerados os custos diretos e outros identificáveis a unidade de prestação de serviço(procedimentos hospitalar e ambulatorial) propiciados com recursos públicos, já que, segundo Slomski(2001, p. 53), "os recursos recebidos através dos impostos, transferências etc. devem ser considerados como meios para fazer frente ao consumo de insumos capazes de gerar receita econômica para ela"

Destarte, para os hospitais da AD, os custos foram extraídos do sistema SIGEO, por meio da UGE correspondente ao hospital, sendo consideradas as despesas correntes liquidadas do exercício com ajustes, pois os custos dos serviços prestados devem abranger somente os bens ou serviços utilizados e consumidos.

Para utilização das despesas orçamentárias liquidadas como custo, Machado(2005) discorre sobre alguns ajustes: a utilização de despesas de custeio, ou seja, sem transferências correntes e despesas de capital; o expurgo de investimentos(gasto que beneficiem mais de um exercício) em despesas de custeio; tratamento da liquidação forçada(Restos a Pagar não processados); exclusão das compras de materiais para estoque e despesas de exercícios anteriores, com acréscimo da

[33] É o valor de referência nacional mínimo definido pelo Ministério da Saúde para remuneração do procedimento.(Portaria GM 321/2007)

baixa de material de consumo advinda do sistema patrimonial; e o cômputo de despesas externas ao sistema orçamentário, como a depreciação.

Acompanhou-se referido autor, exceto no que concerne à apuração da depreciação, presente tanto no modelo de Slomski(2001) como do Manual de Contabilidade aplicada ao Setor Público(2010), pela falta de informações para apuração no caso dos hospitais da Administração Direta; e ao tratamento dos investimentos efetuados em despesas de custeio, liquidação forçada e outras externas ao sistema orçamentário, por simplificação.

No caso dos hospitais geridos por OSS e sob a lógica de recursos públicos que fazem frente ao consumo de insumos(meios) para gerar receita econômica, os custos dos serviços prestados foram limitados aos valores previstos pelo Contrato de Gestão para custeio do exercício(subvenção).

Na mesma lógica, como parte integrante desses meios, considerou-se também os gastos tributários, interpretada a partir da exposição de Slomski(2001), como gastos governamentais indiretos de natureza tributária.

Coaduna-se a interpretação, o entendimento da Secretaria da Receita Federal do Brasil(Brasil,2009), com vista a atender o parágrafo 6º do art. 165 da Constituição Federal e o inciso II do art. 5º da Lei Complementar nº 101/2000, em que "**gastos tributários são gastos indiretos do governo realizados por intermédio do sistema tributário visando atender objetivos econômicos e sociais.** São explicitados na norma que referencia o tributo, constituindo-

se uma exceção ao sistema tributário de referência, reduzindo a arrecadação potencial e, conseqüentemente, aumentando a disponibilidade econômica do contribuinte. Têm caráter compensatório, quando o governo não atende adequadamente a população dos serviços de sua responsabilidade, ou têm caráter incentivador, quando o governo tem a intenção de desenvolver determinado setor ou região".(Grifo nosso)

Sob esse conceito, a isenção da contribuição patronal para seguridade social as entidades sem fins lucrativos da saúde certificadas integra os gastos tributários, e para a presente comparação, exclusivamente, já que o patrimônio dos hospitais geridos por OSS é essencialmente público. Ainda que referida isenção consista em imunidade, consoante jurisprudência do Supremo Tribunal Federal ao aludido no §7° do art. 195(CFC, 2008, p. 40), cujo regime para fruição dependa da certificação da entidade, com renovação periódica, e do atendimento dos requisitos da Lei n° 12.101/2009, aplicável às entidades sem fins lucrativos da saúde pelo sentido amplo dado a "entidades beneficentes de assistência social".

Desta feita, sopesado o sobredito, referida demonstração permitiria verificar o prejuízo ou lucro econômico(déficit e superávit), a evolução dos custos envolvidos, a necessidade de captação de recursos, o grau de eficácia da administração e os gastos governamentais indiretos. Todavia, desautorizaria avaliar eventual defasagem da valoração dos procedimentos da Tabela SUS ou reflexos de fluxo orçamentário irregular.

4.5.1 – Hospital de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS)

	AD	OSS [1]	AD	OSS [1]
	2009	2009	2010	2010
a. Receita Econômica	13.118.450,61	14.807.589,71	13.449.079,45	14.502.097,56
...Média Complexidade	10.746.061,08	14.145.398,34	13.228.625,25	13.363.072,40
...Alta Complexidade	2.372.309,53	662.191,37	220.454,20	1.139.025,16
b. Custo direto dos Serviços Prestados	50.861.615,60	48.196.625,00	55.041.750,61	51.051.032,00
c. Margem Bruta(a-b)	-37.743.164,99	-33.389.035,29	-41.592.671,16	-36.548.934,44
d. Demais Custos	9.489.107,13	17.645.552,00	12.211.663,34	18.795.997,00
e. Custos dos Serviços Prestados antes dos ajustes(b+d)	60.350.722,73	65.842.177,00	67.253.413,95	69.847.029,00
f. Ajustes	8.786.940,66	0,00	4.794.134,98	-4.447.030,00
...Diferença com o SIGEO	4.848.619,24	-	-65,83	-
...Despesa de Capital	-21.323,10	-	-204.228,17	-
...Despesa de Exercícios Anteriores	0,00	-	0,00	-
...Compra de Material de Consumo(Estoque)	-7.205.153,89	-	-6.486.558,95	-
...Baixa de Material de Consumo (Estoque)	11.164.798,41	-	11.484.987,93	-
...Montante acima do Repasse de Contrato de Gestão - Custeio	-	0,00	-	-4.447.030,00
g. Custos dos Serviços Prestados(e+ f)	69.137.663,39	65.842.177,00	72.047.548,93	65.399.999,00
h. Resultado Econômico antes dos gastos tributários (a-g)	-56.019.212,78	-51.034.587,29	-58.598.469,48	-50.897.901,44
i. Gastos Tributários	-	10.995.970,00	-	11.910.239,00
j. Resultado Econômico (h-i)	-56.019.212,78	-62.030.557,29	-58.598.469,48	-62.808.140,44

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS);TABWIN/SIA/SIH(ANEXO B); SIGEO/SIAFEM em 10.03.2011; SIAFEM em 31.03.2011

Dados: 2009 e 2010

Notas:

[1] Adotou critério para separar custo direto e indireto

[2] Valor obtido da conta contábil 11311.01.02 e/ou 11311.01.52(SIAFEM em 31.03.2011)

4.5.2 – Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista(OSS)

	AD	OSS [1]	AD	OSS [1]
	2009	2009	2010	2010
a. Receita Econômica	11.963.993,52	17.763.348,79	12.827.005,56	20.195.566,91
...Média Complexidade	11.827.889,44	16.645.364,24	12.644.843,16	18.317.863,90
...Alta Complexidade	136.104,08	1.117.984,55	182.162,40	1.877.703,01
b. Custo direto dos Serviços Prestados	40.681.054,19	58.827.639,00	41.175.699,61	63.479.672,00
c. Margem Bruta(a-b)	-28.717.060,67	-41.064.290,21	-28.348.694,05	-43.284.105,09
d. Demais custos	10.166.562,04	18.882.663,00	11.224.084,41	22.443.182,00
e. Custos dos Serviços Prestados antes dos ajustes(b+d)	50.847.616,23	77.710.302,00	52.399.784,02	85.922.854,00
f. Ajustes	1.013.176,26	-2.878.923,00	1.152.840,97	-4.192.854,00
...Diferença com o SIGEO	0,00	-	-20.895,47	-
...Despesa de Capital	-456.970,31	-	-627.918,44	-
...Despesa de Exercícios Anteriores	0,00	-	0,00	-
...Compra de Material de Consumo(Estoque)	-6.042.703,48	-	-6.040.009,19	-
...Baixa de Material de Consumo (Estoque) [2]	7.512.850,05	-	7.841.664,07	-
...Montante acima do Repasse de Contrato de Gestão - Custeio	-	-2.878.923,00	-	-4.192.854,00
g. Custos dos Serviços Prestados(e+f)	51.860.792,49	74.831.379,00	53.552.624,99	81.730.000,00
h. Resultado Econômico antes dos gastos tributários (a-g)	-39.896.798,97	-57.068.030,21	-40.725.619,43	-61.534.433,09
i. Gastos Tributários	-	13.574.452,00	-	14.489.341,00
j. Resultado Econômico (h-i)	-39.896.798,97	-70.642.482,21	-40.725.619,43	-76.023.774,09

Fonte: Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS) ; TABWIN/SIA/SIH(ANEXO B); SIGEO/SIAFEM em 10.03.2011; SIAFEM em 31.03.2011

Dados: 2009 e 2010

Notas:

[1] Adotou critério para separar custo direto e indireto

[2] Valor obtido da conta contábil 11311.01.02 e/ou 11311.01.52(SIAFEM em 31.03.2011)

4.5.3 – Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)

	AD	OSS	AD	OSS
	2009	2009	2010	2010
a. Receita Econômica	17.518.346,42	22.849.957,27	18.363.489,99	25.545.197,09
...Não se aplica	872.569,06	0	1.292.301,84	0
...Atenção Básica	124	0	0	0
...Média Complexidade	14.982.304,59	19.909.294,05	15.931.214,71	22.289.144,19
...Alta Complexidade	1.663.348,77	2.940.476,22	1.139.973,44	3.256.052,90
b. Custo direto dos Serviços Prestados	49.706.753,92	68.623.036,29	49.579.179,67	70.902.840,32
c. Margem Bruta(a-b)	-32.188.407,50	-45.773.079,02	-31.215.689,68	-45.357.643,68
d. Demais custos	20.806.440,47	22.629.374,32	20.333.131,48	25.551.843,54
e. Custos dos Serviços Prestados antes dos ajustes(b+d)	70.513.194,39	91.252.410,61	69.912.311,15	96.454.683,86
f. Ajustes	2.406.908,26	-9.724.514,97	3.133.405,93	-10.354.683,86
...Diferença com o SIGEO	0,00	-	0,00	-
...Despesa de Capital	-514.085,02	-	-548.610,91	-
...Despesa de Exercícios Anteriores	0,00	-	0,00	-
...Compra de Material de Consumo(Estoque)	-9.762.456,32	-	-8.856.781,30	-
...Baixa de Material de Consumo (Estoque) [1]	12.683.449,60	-	12.538.798,14	-
...Montante acima do Repasse de Contrato de Gestão - Custeio	-	-9.724.514,97	-	-10.354.683,86
g. Custos dos Serviços Prestados(e+f)	72.920.102,65	81.527.895,64	73.045.717,08	86.100.000,00
h. Resultado Econômico antes dos gastos tributários (a-g)	-55.401.756,23	-58.677.938,37	-54.682.227,09	-60.554.802,91
i. Gastos Tributários	-	13.036.266,19	-	13.949.850,46
j. Resultado Econômico (h-i)	-55.401.756,23	-71.714.204,56	-54.682.227,09	-74.504.653,37

Fonte: Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS) ; TABWIN/SIA/SIH(ANEXO B); SIGEO/SIAFEM em 10.03.2011; SIAFEM em 31.03.2011

Dados: 2009 e 2010

Notas:

[1] Valor obtido da conta contábil 11311.01.02 e/ou 11311.01.52(SIAFEM em 31.03.2011)

5 – SÍNTESE DO APURADO

De cunho eminentemente descritivo, o presente trabalho comparou seis estabelecimentos hospitalares estaduais com modelo de gerência diferentes (Administração direta e Organização Social da Saúde) procurando evidenciar **as diferenças e semelhanças existentes na oferta de serviços públicos aos cidadãos(contribuinte, usuário ou cliente) do SUS-SP.**

Nesse intento, inicialmente, operou-se a definição de hospitais de mesmo porte e semelhante complexidade, traduzida grosso modo em pertencer a mesma região de saúde, possuir habilitações em comum e correspondência entre as especialidades dos leitos.

Na definição da amostra, por conveniência, optou-se por analisar comparativamente "pares" de hospitais, em função da hipótese de maior probabilidade de ocorrência consoante critério de mesmo porte e semelhante complexidade.

Pelo escopo, não consistiu em auditoria, razão pela qual presumiu a fidedignidade dos dados coligidos e ficou adstrita a evidenciar as variáveis selecionadas, com ponderações, mas sem adentrar em qual modelo de gerência é melhor, eficiente ou qualquer outra opinião, tanto por ser exclusiva do Conselheiro Relator ou Tribunal, bem como pelo tamanho da amostra e pela dependência de caracterização das variáveis (independente, dependente, antecedente ou interveniente) e apropriado tratamento estatístico, deliberadamente dispensado na execução.

Assim, sob essas considerações, a análise se deu em frentes (gestão, referência, controle, indicadores e resultado econômico), subdivididas em dimensões de acordo com a variável em estudo, sempre por meio de tabelas e ponderações aplicáveis para eventual juízo de valor.

A despeito do sobredito, o trabalho partiu da hipótese de existência de padrão, assim entendido pelas:

- semelhanças, em que a variável se manifesta uniformemente em todos os hospitais da amostra, ou seja, independentemente do modelo de gerência(AD ou OSS) e do exercício analisado;

- diferenças, em que a variável se mostra uniforme nos hospitais de um determinado modelo de gerência, independentemente do "par" a que pertence e o exercício analisado, em relação aos hospitais do outro modelo de gerência.

Nesses termos, em que as demais diferenças foram consideradas pontuais e/ou não atribuíveis a todos ou determinado modelo de gerência, as variáveis que apresentaram padrão foram:

GESTÃO HOSPITALAR

1. A capacidade hospitalar instalada(leitos existentes) dos hospitais das OSS é maior.

2. Os hospitais da AD possuem quantidade maior de equipamentos de diagnóstico por imagem, cuja composição apresenta maior quantidade de raio X e ultrassom, mas, apesar

de não consistir em padrão, nenhum dispõe de equipamento de ressonância magnética.

3. Os hospitais das OSS possuem quantidade maior de equipamentos por métodos ópticos.

4. Tantos os hospitais da AD como das OSS possuem a mesma quantidade de tomógrafos computadorizados.

5. O quadro da categoria "assistência social" é maior nos hospitais da AD.

6. O valor/hora proveniente das medianas de salários das categorias "nutricionista", "auxiliar de enfermagem" e "coordenador médico" é maior para os hospitais da AD.

7. O valor/hora proveniente das medianas de salários da categoria de "Diretor Técnico/Médico" é maior para os hospitais das OSS.

8. A taxa de rotatividade das categorias "enfermeiro", "médico cirurgião-geral" e "médico-pediatra" é maior nos hospitais da AD.

9. Os hospitais das OSS possuem mais serviços especializados terceirizados.

CONTROLE DO SUS

10. Tanto os hospitais da AD como das OSS não possuem produção ambulatorial bloqueada(APAC e/ou BPAi), contudo possuem produção hospitalar pendente de análise pelo componente estadual do SNA-SUS(AIH bloqueadas).

11. Tanto para os hospitais da AD como para os das OSS, o n° de AIH auditadas in loco(por prontuários) está aquém do necessário(bloqueado).

12. Tanto a Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão como a Comissão Técnica de Acompanhamento

e Avaliação do Contrato Programa não realizam auditoria in loco dos procedimentos registrados nos sistemas SIA e SIH.

INDICADORES

13. Nos contratos programa, constam metas quantificadas para: nº de cirurgias(internação), taxa de ocupação, média de permanência, taxa de mortalidade e taxa de cesárea.

14. Nos contratos de gestão, as metas de SADT externo são maiores.

15. Indicador de Recursos Humanos: as relações enfermeiro/leito e médico/leito são maiores nos hospitais da AD.

16. Indicador de Qualidade: a taxa de mortalidade geral é menor nos hospitais da AD.

17. Indicador de Desempenho: a taxa de ocupação geral dos hospitais das OSS são maiores, contudo em alguns exercícios são maiores que 85%.

18. Indicador de Eficiência Técnica: a relação altas/leitos clínica-médica é maior para os hospitais da AD.

19. Indicador de Produtividade: o número de pacientes-dia e taxa de cirurgia/saída são maiores nos hospitais das OSS, enquanto o total parto/sala é maior nos hospitais da AD.

DEMONSTRAÇAO DO RESULTADO ECONÔMICO

20. Tanto os hospitais da AD como os das OSS apresentam maior receita econômica advinda da realização de procedimentos de média complexidade.

21. A receita econômica em procedimentos de média complexidade é maior nos hospitais das OSS.

22. Tanto os hospitais da AD como os das OSS apresentam prejuízo econômico, contudo, computados os gastos tributários, é menor para os da AD.

À apreciação superior.

DCG-3, em 31 de março de 2011.

Stanislaw A. S. Zago
Agente da Fiscalização Financeira
Chefe Substituto

REFERÊNCIAS

BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. *Indicadores de qualidade e quantidade em saúde*. Revista de Administração em Saúde, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 21-8, jul./set. 2001. Disponível em: http://www.ellusaude.com.br/adm_hosp/artigos/05.pdf. Acesso em 14.02.2011.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.

BRASIL. *Lei 4.320, de 17 de março de 1964*. Institui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L4320.htm.

BRASIL. *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União. Brasília, v. 78, n. 182, 20 set., Seção 1. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.

BRASIL. *Lei 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. DOU, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm.

BRASIL. *Lei 12.101, de 27 de novembro de 2009a.* Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/Lei/L12101.htm

BRASIL. *Lei Complementar Nº 101 de 4 de maio de 2000.* Estabelece Normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/LCP/Lcp101.htm.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal do Brasil. Demonstrativo dos Gastos Governamentais Indiretos de Natureza Tributária – 2010 (Gastos Tributários). Brasília, DF, Agosto/2009b. Disponível em < http://www.receita.fazenda.gov.br/publico/estudotributario/BensTributarios/2010/DGT%202010.pdf> Acesso em 17.03.2011

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. *Portaria STN nº 664, de 30 de novembro de 2010*. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 02 dez.2010a. nº 230, Seção 1, p. 76.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional da Vigilância em Saúde. *Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002*. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mar.2002a. Seção 1, p. 39. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS – Edição 2004/2005.* Poder Executivo, Brasília, DF. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Equipamentos médico-hospitalares e gerenciamento da manutenção*. Brasília, DF, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 2.203, de 5 de novembro de 1996*. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 06 nov.1996. Seção 1, p. 22932.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 1.101, de 12 de junho de 2002*. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun.2002c. Seção 1, p. 36.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 2.048, de 05 de novembro de 2002*. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 12 nov.2002d. Seção 1, p. 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 321, de 08 de fevereiro de 2007*. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 09 fev.2007. Seção 1, p. 42.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 2.048, de 03 de setembro de 2009*. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 04 set.2009c. Seção 1, p. 61.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Regulação médica das urgências / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada*. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 126 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação-Geral de Sistemas de Informação – 2009. *MANUAL TÉCNICO OPERACIONAL SIA/SUS SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS – Aplicativos de captação da produção ambulatorial APAC Magnético – BPA magnético – Versia – DE-PARA – FPO Magnético*. 2009d. 69 Páginas. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Operacional_SIA_2010.pdf >. Acesso em: 09 fev.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação-Geral de Sistemas de Informação – 2010. *MANUAL TÉCNICO OPERACIONAL DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES – MODULO I: ORIENTAÇÕES TÉCNICAS*. Versão 01.2010. 2010b. 115 Páginas. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/sihd/Manuais/Manual_SIH_Maio_2010.pdf >. Acesso em: 31 jan.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria Executiva/ Subsecretaria de Assuntos Administrativos/ Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria. *Manual de Normas de Auditoria*. – 2. ed. - Brasília : Ministério da Saúde, 1998. 48 p.

BARRADAS BARATA, Luiz Roberto *et al*. *Comparação de grupos hospitalares no Estado de São Paulo*. Revista de Administração em Saúde. São Paulo, v. 11, nº 42, p. 8-15, jan-mar 2009.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. *A Reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle / Luiz Carlos Bresser Pereira*. Cadernos MARE da reforma do estado, Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, v.1, 1997. 58 p. Disponível em: <http://www.preac.unicamp.br/arquivo/materiais/bresser_reforma_do_estado.pdf>. Acesso em: 02 jan.2011.

CIDADE GOMES, Márcio. *Parcerias com as organizações sociais de saúde: a experiência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo*. In: Palestra proferida no âmbito do Programa Avançado em Gestão Pública Contemporânea, realizado na Fundap, em 4 de junho de 2004. Disponível em http://www.fundap.sp.gov.br/escola/PAvGestaoPublica/material/MARCIO%20CIDADE.doc. Acesso em 09.01.2011

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE. Manual de procedimentos contáveis a prestação de contas das entidades de interesse social / Conselho Federal de Contabilidade. 2 ed. Reimpr. – Brasília:CFC, 2008. 128p.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas / Maria Sylvia Di Pietro*. - 7. ed. - São Paulo: Atlas, 2009.

FERREIRA JUNIOR, Walter Cintra. *Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas : estudo comparativo entre a administração direta e as organizações de saúde*. 2004. 129 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

IBAÑEZ, Nelson de *et al*. *Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo*. Revista Ciência & Saúde Coletiva. São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200009&lang=pt&tlng=pt. Acesso em 11.01.2011

ILDÍCIBUS, Sérgio de. Teoria da Contabilidade / Sérgio de Ildícibus. – 5. Ed. – São Paulo: Atlas, 1997.

LUPARELLI, Roberto Pedrosa. *Identificação e avaliação de equipamentos desperdiçadores de água em instituições hospitalares*. Curitiba, 2009. 145 p. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - FAE - Centro Universitário. Disponível em http://www2.fae.edu/galeria/getImage/108/242723960446821.pdf. Acesso em 22.02.2011.

MACHADO, Nelson. *Sistema de Informação de Custo*: diretrizes para integração ao orçamento público e à contabilidade governamental. Brasília: Enap, 2005. Disponível em http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fNelson_Machado_Tese_Doutorado.pdf. Acesso em 31.03.2011

MARTINS, Gilberto de Andrade. *Manual para elaboração de monografias e dissertações / Gilberto de Andrade Martins* – 3. Ed. – 5. Rei0mpr. – São Paulo: Atlas, 2010.

PASCHOAL, Maria Lúcia Habib; GATTO, Maria Alice Fortes. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. Revista latino-americana de enfermagem / Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 14(1):48-53, 2006 janeiro-fevereiro. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a07.pdf. Acesso em 10.02.2011

PEREIRA JÚNIOR, Jessé Torres. *Gestão e probidade na parceria entre Estado, OS e OSCIP: apontamentos sob a perspectiva dos princípios e normas regentes das licitações administrativas / Jessé Torres Pereira Júnior, Marinês Restelatto Dotti.* – São Paulo: Editora NDJ, 2009.

SÃO PAULO (Estado). *Pacto pela Saúde – Plano Diretor de Regionalização – PDR do Estado de São Paulo*. São Paulo, julho de 2008. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ pdr_sp.pdf. Acesso em 26.01.2011

SÃO PAULO (Estado). *Lei Complementar 846, de 4 de junho de 1998.* Dispõe sobre Organizações Sociais. Disponível em: http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei%20complementar/1998/lei%20complementar%20n.846,%20de%2004.06.1998.htm.

SÃO PAULO (Estado). *Lei Complementar nº 1.093, de 16 de julho de 2009.* Dispõe sobre a contratação por tempo determinado de que trata o inciso X do artigo 115 da Constituição Estadual e dá outras providências correlatas. Disponível em: http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei%20complementar/2009/lei%20complementar%20n.1.093,%20de%2016.07.2009.htm.

SÃO PAULO (Estado). *LEI COMPLEMENTAR Nº 1.131, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2010.* Altera a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. Disponível em: http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei%20complementar/2010/lei%20complementar%20n.1.131,%20de%2027.12.2010.htm.

SLOMSKI, Valmor. *Mensuração do Resultado econômico nas entidades públicas: uma proposta/Valmor Slomski.* – Chapecó: Argos, 2001. 86 p.

SLOMSKI, Valmor. *Manual de Contabilidade pública: um enfoque na contabilidade municipal, de acordo com a Lei de Responsabilidade Fiscal/Valmor Slomski*. - 2. ed. - 4. reimp. - São Paulo: Atlas, 2006.

ZANCHET, Aládio; BELINI, Giusley; KINZLER, Janete. *Estrutura de custos de um Hospital Público e seu resultado econômico: um estado de caso*. Ciências Sociais Aplicadas em Revista / Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Marechal Cândido Rondon, Centro de Ciências Sociais e Aplicadas. – v.7. nº 13 – 2º sem 2007 - . – Cascavel, PR: EDUNIOESTE, 2007. p. 29-42.

ANEXOS

ANEXO A: TABELAS

TABELA - Mediana de Salário(remuneração) de categorias selecionadas por jornada

Categorias	Jornada mensal/ semanal[2]	Par 1		Par 2		Par 3	
		AD[3]	OSS	AD[3]	OSS	AD[3]	OSS[4]
Nutricionista	150/30	2.256,10	-	3.387,11	-	2.424,71	
Nutricionista	220/44	-	2.763,58	-	2.763,58	-	3.423,00
Fisioterapeuta	150/30	3.530,22	1.692,85	1.932,17	1.677,46	1.487,10	-
Farmacêutico	150/30	2.731,31	-	2.222,30	-	2.258,26	-
Farmacêutico	220/44	-	3.335,71	-	3.335,71	-	3.238,00
Cirurgião Dentista	60/12	-	-	-	-	1.631,02	-
Cirurgião Dentista	100/20	4.194,93	-	-	-	2.157,68	-
Auxiliar de Enfermagem	150/30	1.738,07	1.286,04	2.117,22	-	1.624,55	-
Auxiliar de Enfermagem	180/36	-	1.537,57	-	1.540,70	-	1.364,00
Auxiliar de Enfermagem	200/40	-	1.714,68	-	1.714,68	-	-
Auxiliar de Enfermagem	220/44	-	1.886,18	-	1.886,18	-	-
Técnico de Enfermagem	150/30	-	1.493,27	-	-	-	-
Técnico de Enfermagem	180/36	-	1.769,16	-	1.790,37	-	-
Técnico de Enfermagem	200/40	-	1.992,00	-	-	-	-
Enfermeiro	150/30	[5]	2.722,87	2.910,91	2.722,87	2.936,66	-
Enfermeiro	180/36	-	3.245,77	-	3.267,45	-	2.796,17
Enfermeiro	200/40	-	3.630,53	-	3.630,53	-	3.757,00
Enfermeiro	220/44	-	3.993,54	-	3.993,54	-	-
Gerente de Enfermagem	150/30	5.162,85	-	4.191,48	-	3.653,58	-
Gerente de Enfermagem	220/44	-	9.440,53	-	9440,53	-	-
Médico – Anestesista	60/12	3.134,57	2.291,94	1.747,73	2.291,94	1.781,90	-
Médico – Anestesista	100/20	3.345,68	-	4.517,19	-	2.586,97	
Médico – Anestesista	120/24	2.955,91	-	5.094,95	-	8.257,93	
Médico – Cirurgião Geral	40/8	-	-	-	1.527,96	-	Vide Planto-nista
Médico – Cirurgião Geral	60/12	-	2.291,94	2.059,89	-	3.015,13	
Médico – Cirurgião Geral	80/16	-	-	-	3.055,92	-	
Médico – Cirurgião Geral	90/18	-	3.437,91	-	-	-	

Médico – Cirurgião Geral	100/20	2.955,91	-	6.002,92	3.819,90	3.531,62	
Médico – Cirurgião Geral	120/24	3.532,15	4.583,88	7.155,53	4.583,88	-	
Médico – Cirurgião Geral	140/28	-	-	-	5.347,86	-	
Médico – Cirurgião Geral	150/30	-	5.729,85	-	5.729,85	-	
Médico – Cirurgião Geral	180/36	-	6.875,81	-	-	-	
Médico – Cirurgião Geral	200/40	-	-	-	7.639,79	-	
Médico – Clinico Geral	60/12	-	2.291,94	2.604,18	-	-	
Médico – Clinico Geral	100/20	3.671,87	-	5.131,39	-	4.263,75	
Médico – Clinico Geral	120/24	3.377,73	4.583,88	4.587,12	-	5.387,92	
Médico – Clinico Geral	150/30	-	-	-	5.729,85	-	
Médico – Clinico Geral	170/34	-	6.493,83	-	-	-	
Médico – Clinico Geral	220/44	-	8.403,77	-	8.403,77	-	
Médico – Gineco Obstetra	60/12	1.981,84	2.291,94	3.744,75	2.291,94	-	
Médico – Gineco Obstetra	90/18	-	-	-	3.437,91	-	
Médico – Gineco Obstetra	100/20	4.146,48	-	5.391,90	-	3.432,29	
Médico – Gineco Obstetra	120/24	3.372,50	4.583,88	5.163,34	4.583,88	-	
Médico – Gineco Obstetra	180/36	-	6.875,81	-	-	-	
Médico – Pediatra	60/12	2.106,72	2.291,94	2.548,68	-	2.940,97	
Médico – Pediatra	100/20	3.901,00	-	6.698,45	-	-	
Médico – Pediatra	115/23	-	-	-	4.392,88	-	
Médico – Pediatra	120/24	5.182,68	-	4.744,35	4.583,88	4.250,97	
Médico – Pediatra	150/30	-	5.729,85	-	-	-	
Médico – Pediatra	205/41	-	-	-	7.830,79	-	
Médico – Psiquiatra	60/12	-	-	1.892,60	-	-	
Médico – Psiquiatra	100/20	3.821,33	-	4.953,58	3.819,90	3.067,92	
Médico – Psiquiatra	120/24	3.403,97	4.583,88	3.433,76	-	-	
Médico – Psiquiatra	180/36	-	6.875,81	-	-	-	
Médico – Psiquiatra	190/38	-	-	-	7.257,81	-	
Médico – Radiologista	60/12	-	-	1.988,59	-	2.665,58	-
Médico – Radiologista	100/20	2.897,13	-	-	-	3.575,18	
Médico – Radiologista	120/24	3.172,34	-	-	-	-	
Médico – Plantonista	30/6	[3]	1.145,97	[3]	1.145,97	[3]	-
Médico – Plantonista	40/8		-		1.527,96		-
Médico – Plantonista	60/12		2.291,94		2.291,94		-
Médico – Plantonista	90/18		3.437,91		3.437,91		-
Médico –	120/24		4.583,88		4.583,88		7.039,58[4]

Plantonista							
Médico – Plantonista	125/25		4.773,75		-		-
Médico – Plantonista	140/28		-		5.347,86		-
Médico – Plantonista	150/30		5.729,85		5.729,85		-
Médico – Plantonista	180/36		6.875,81		6.875,81		-
Médico – Plantonista	200/40		-		7.639,79		-
Médico – Plantonista	220/24		-		8.403,77		-
Coordenador Médico	100/20	7.975,11	-	-	-	7.142,51	-
Coordenador Médico	150/30	-	8.632,42	9.649,65	8.632,42	-	9.886,69[4]
Coordenador Médico	210/42	-	12.085,36	-	-	-	-
Coordenador Médico	220/44	-	12.660,87	-	-	-	-
Diretor Técnico / Diretor Médico	150/30	3.105,19	11.060,29	2.200,64	11.060,29	4.148,94	14.729,00
Diretor Clínico	100/20	-	-	13.259,82	-	10.790,70	-
Auxiliar Administrativo	180/36	-	989,26	-	895,55	-	1.049,49
Auxiliar Administrativo	200/40	1.388,74	1.099,20	1.375,08	1.099,20	1.386,92	-
Auxiliar Administrativo	220/44	-	1.209,10	-	1209,10	-	-
Gerente Administrativo	200/40	-	-	3.796,27	-	-	-
Gerente Administrativo	220/44	-	11.457,39	-	11.457,39	-	7.205,00
Gerente de RH	200/40	3.345,91	-	3.021,24	-	3.130,88	-
Gerente de RH	220/44	-	-	-	7.483,76	-	7.205,00
Supervisor Administrativo	180/36	-	-	-	-	-	3.066,00
Supervisor Administrativo	200/40	1.765,77		2.131,52	-	-	-
Supervisor Administrativo	220/44	-	-	-	-	-	3.161,50
Diretor Administrativo / Adm. Hospitalar	200/40	-	-	2.447,20	-	-	-
Diretor Administrativo / Adm. Hospitalar	220/44	-	15.823,79	-	15.823,79	-	12.989,00

Fonte: Par 1 - Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD) e Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS); Par 2 - Hospital Geral de Guaianases(AD) e Hospital Geral de Itaim Paulista (OSS); Par 3 - Hospital Regional Sul São Paulo(AD) e Hospital Geral do Grajaú(OSS)

Dados: 2010[1]

Notas:

[1] Folha de pagamento agosto/2010(Hospital Geral de Guaianases e Hospital Regional Sul São Paulo); outubro de 2010(Hospital Geral de Itaquaquecetuba e Hospital Geral de Itaim Paulista)

[2] Os hospitais sob OSS informaram jornada mensal, enquanto da AD, semanal, cujo cálculo consistiu em multiplicar ou dividir por 5.

[3] Os médicos plantonistas estão identificados por especialidade na Administração Direta

[4] Segundo o Hospital Geral do Grajaú, os médicos, incluído o coordenador, recebem por hora, razão pela qual utilizamos os valores provenientes da pesquisa salarial agosto/2010 fornecida pela CGCSS.

[5] Não informado, apesar de identificado o valor máximo de R$ 5.162,85 e mínimo de R$ 2.858,19.

ANEXO B: GRADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

INTER – HOSPITALAR REGIÃO SUL	
ESPECIALIDADE	**REFERÊNCIAS**
Bucomaxilo	Hospital Regional Sul
Cirurgia Geral	Hospital Regional Sul Hospital do Grajaú
Cirurgia Infantil	Hospital Regional Sul
Cirurgia Vascular	Hospital Regional Sul
Clínica Médica	Hospital Regional Sul Hospital do Grajaú
Endoscopia	Hospital Regional Sul
Ginecologia	Hospital Regional Sul Hospital do Grajaú
Moléstias Infecciosas	Hospital Regional Sul
Neurocirurgia	Hospital Regional Sul
Neurologia	Hospital Regional Sul Hospital do Grajaú
Ortopedia	Hospital Regional Sul Hospital do Grajaú
Otorrinolaringologia Pediatria	Hospital Regional Sul Hospital do Grajaú
UTI Adulto	Hospital Regional Sul Hospital do Grajaú
UTI Infantil	Hospital Regional Sul Hospital do Grajaú
INTER – HOSPITALAR REGIÃO LESTE	
Cirurgia Geral	Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista Hospital SES Guianases Jesus Teixeira da Costa
Clínica Médica	Hospital SES Guianases Jesus Teixeira da Costa Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista
Endoscopia	Hospital SES Guianases Jesus Teixeira da Costa Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista
Ginecologia	Hospital SES Guianases Jesus Teixeira da Costa Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista
Moléstias Infecciosas	Hospital SES Guianases Jesus Teixeira da Costa
Ortopedia	Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista Hospital SES Guaianases Jesus Teixeira da Costa

Pediatria	Hospital SES Guaianases Jesus Teixeira da Costa Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista
Psiquiatria	Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista Hospital SES Guaianases Jesus Teixeira da Costa
UTI Adulto	Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista Hospital SES Guaianases Jesus Teixeira da Costa

Fonte: PORTARIA 245/07-CIRS/SMS.G

PRÉ-HOSPITALAR FIXO - REGIÃO SUL		
	DISTRITO ADMINISTRATIVO	**PRONTO SOCORRO HOSPITALAR**
CAPELA DO SOCORRO	Cidade Dutra	Hospital de Grajaú Hospital Regional Sul (Neurotrauma e Vascular)
	Grajaú	
	Socorro	Hospital Regional Sul
PARELHEIROS	Marsilac	Hospital Regional Sul (Neurocirurgia e Vascualr)
	Parelheiros	Hospital do Grajaú Hospital Regional Sul (Neurocirurgia e Vascular)
		Hospital Regional Sul (Neurocirurgia e Vascular)
		Hospital de Grajaú Hospital Regional Sul (Neurocirurgia e Vascular)
SANTO AMARO/CIDADE ADEMAR	Campo Belo	Hospital Regional Sul
	Cidade Ademar	Hospital Regional Sul (Neurocirurgia e Vascular)
	Pedreira	
	Santo Amaro	Hospital Regional Sul
PRÉ-HOSPITALAR FIXO - REGIÃO LESTE		
ERMELINO MATARAZZO/ SÃO MIGUEL	Jardim Helena	Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista
		Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista
GUAIANASES	Guaianases	Hospital SES Guaianases Jesus Teixeira da Costa
	Lajeado	
CIDADE TIRADENTES	Cidade Tiradentes	Hospital SES Guaianases Teixeira da Costa
ITAIM PAULISTA	Itaim Paulista	Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista
	Vila Curuçá	Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista

Fonte: PORTARIA 245/07-CIRS/SMS.G

PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL - REGIÃO SUL		
CAPELA DO SOCORRO	DISTRITO ADMINISTRATIVO	**HOSPITAL**
	Cidade Dutra	Hospital do Grajaú Hospital Regional Sul (Neurotrauma e Vascular)
	Grajaú	
	Socorro	Hospital Regional Sul
PARE-LHEIROS	Marsilac	Hospital do Grajaú Hospital Regional Sul (Neurotrauma e Vascular)
	Parelheiros	
SANTO AMARO / CIDADE ADEMAR	Campo Belo	Hospital Regional Sul
	Campo Grande	Hospital Regional Sul (Neurotrauma e Vascular)
	Cidade Ademar	
	Pedreira	
	Santo Amaro	Hospital Regional Sul
PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL - REGIÃO LESTE		
ERMELINO MATARAZZO /SÃO MIGUEL	Ermelino Matarazzo	Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista
	Jardim Helena	
	Ponte Rasa	
	São Miguel	
	Vila Jacuí	
GUAIANASES	Guaianases	Hospital SES Guaianases Jesus Teixeira da Costa
	Lajeado	
CIDADE TIRADENTES	Cidade Tiradentes	Hospital SES Guaianases Jesus Teixeira da Costa
ITAIM POAULISTA	Itaim Paulista	Hospital Geral Santa Marcelina de Itaim Paulista
	Nova Curuçá	
	José Bonifácio	Hospital SES Guaianases Jesus Teixeira da Costa
	Parque do Carmo	

Fonte: PORTARIA 245/07-CIRS/SMS.G

ANEXO C: TABWIN – DADOS UTILIZADOS E LOG

a) Dados - SIH

Name	Description	Info	Size	Date
RDSP0801.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0108	Info	7,130,874	11/18/2010
RDSP0802.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0208	Info	10,196,723	11/18/2010
RDSP0803.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0308	Info	11,131,345	11/18/2010
RDSP0804.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0408	Info	11,698,089	11/18/2010
RDSP0805.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0508	Info	13,163,507	11/18/2010
RDSP0806.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0608	Info	12,854,257	11/18/2010
RDSP0807.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0708	Info	13,386,778	11/18/2010
RDSP0808.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0808	Info	12,931,063	11/18/2010
RDSP0809.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0908	Info	13,121,742	11/18/2010
RDSP0810.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 1008	Info	12,928,084	11/18/2010
RDSP0811.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 1108	Info	11,625,569	11/18/2010
RDSP0812.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 1208	Info	11,762,501	11/18/2010
RDSP0901.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0109	Info	10,901,321	11/18/2010
RDSP0902.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0209	Info	11,272,033	11/18/2010
RDSP0903.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0309	Info	12,945,569	11/18/2010
RDSP0904.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0409	Info	12,310,995	11/18/2010
RDSP0905.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0509	Info	13,024,051	11/18/2010
RDSP0906.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0609	Info	12,886,807	11/18/2010
RDSP0907.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0709	Info	13,209,214	11/18/2010
RDSP0908.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0809	Info	13,224,627	11/18/2010
RDSP0909.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0909	Info	13,182,245	11/18/2010
RDSP0910.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 1009	Info	13,049,059	11/18/2010
RDSP0911.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 1109	Info	12,952,143	11/18/2010
RDSP0912.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 1209	Info	12,240,501	11/18/2010
RDSP1001.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0110	Info	12,551,260	2/7/2011
RDSP1002.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0210	Info	11,970,790	2/7/2011
RDSP1003.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0310	Info	12,691,213	2/7/2011
RDSP1004.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0410	Info	12,774,956	2/7/2011
RDSP1005.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0510	Info	12,640,880	2/7/2011
RDSP1006.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0610	Info	12,331,905	2/7/2011
RDSP1007.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0710	Info	13,078,497	2/7/2011
RDSP1008.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0810	Info	12,733,221	2/7/2011
RDSP1009.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 0910	Info	12,855,398	2/7/2011
RDSP1010.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 1010	Info	12,376,765	2/7/2011
RDSP1011.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 1110	Info	12,645,180	2/7/2011
RDSP1012.DBC	AIH'S Pagas ref mes: 1210	Info	12,778,264	2/7/2011

b) Dados - SIA

Mês/Ano	Arquivo	Data Últ. Atualização	Tamanho	Mês/Ano	Arquivo	Data Últ. Atualização	Tamanho
12/08	PASP0812.dbc	25/01/11	72,16 MB	07/09	PASP0907.dbc	18/01/11	63,33 MB
11/08	PASP0811.dbc	25/01/11	89,63 MB	08/09	PASP0908.dbc	18/01/11	66,98 MB
10/08	PASP0810.dbc	27/01/11	91,65 MB	06/09	PASP0906.dbc	18/01/11	71,53 MB
09/08	PASP0809.dbc	27/01/11	76,58 MB	05/09	PASP0905.dbc	18/01/11	91,78 MB
08/08	PASP0808.dbc	27/01/11	70,14 MB	12/09	PASP0912.dbc	18/01/11	94,24 MB
07/08	PASP0807.dbc	28/01/11	73,29 MB	11/09	PASP0911.dbc	18/01/11	96,25 MB
06/08	PASP0806.dbc	31/01/11	74,64 MB	10/09	PASP0910.dbc	18/01/11	96,94 MB
05/08	PASP0805.dbc	31/01/11	59,23 MB	09/09	PASP0909.dbc	18/01/11	101,78 MB
04/08	PASP0804.dbc	31/01/11	65,70 MB	01/09	PASP0901.dbc	24/01/11	68,26 MB
01/08	PASP0801.dbc	01/02/11	71,30 MB	02/09	PASP0902.dbc	24/01/11	73,29 MB
02/08	PASP0802.dbc	01/02/11	81,77 MB	03/09	PASP0903.dbc	24/01/11	76,18 MB
03/08	PASP0803.dbc	01/02/11	60,49 MB	04/09	PASP0904.dbc	24/01/11	89,84 MB

Mês/Ano	Arquivo	Data Últ. Atualização	Tamanho
12/10	PASP1012.dbc	02/02/11	76,95 MB
11/10	PASP1011.dbc	02/02/11	76,27 MB
10/10	PASP1010.dbc	03/02/11	71,60 MB
09/10	PASP1009.dbc	03/02/11	96,00 MB
08/10	PASP1008.dbc	04/02/11	96,59 MB
07/10	PASP1007.dbc	04/02/11	67,39 MB
06/10	PASP1006.dbc	04/02/11	67,13 MB
05/10	PASP1005.dbc	07/02/11	64,38 MB
04/10	PASP1004.dbc	07/02/11	105,31 MB
01/10	PASP1001.dbc	08/02/11	66,09 MB
02/10	PASP1002.dbc	08/02/11	69,78 MB
03/10	PASP1003.dbc	08/02/11	89,84 MB

c) Hospital Geral de Ferraz de Vasconcelos(AD)

2008	2009	2010
[Opções] **DEF=C:\TABWIN\Produção_2008.DEF** **Linha=Complex.procedim.** **Incremento=Freqüência** **Suprime_Linhas_Zeradas=false** **Suprime_Colunas_Zeradas=true** **Não_Classificados=0** **[Seleções_Ativas]** **Estabel-CNES-SP:** **2080079 HOSPITAL DR OSIRIS FLORINDO COELHO FERRAZ DE VASCONCELOS** **[Arquivos]** **PASP0801.DBC** **PASP0802.DBC** **PASP0803.DBC** **PASP0804.DBC** **PASP0805.DBC** **PASP0806.DBC** **PASP0807.DBC** **PASP0808.DBC** **PASP0809.DBC** **PASP0810.DBC** **PASP0811.DBC** **PASP0812.DBC** **Registros_Processados= 36927700** **Tempo_Decorrido= 3:33**	[Opções] DEF=C:\TABWIN\Produção_2008.DEF Linha=Complex.procedim. Incremento=Freqüência Incremento=Vl.Aprovado Incremento=Vl.Apresentado Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções Ativas] Estabel-CNES-SP: 2080079 HOSPITAL DR OSIRIS FLORINDO COELHO FERRAZ DE VASCONCELOS [Arquivos] PASP0901.DBC PASP0902.DBC PASP0903.DBC PASP0904.DBC PASP0905.DBC PASP0906.DBC PASP0907.DBC PASP0908.DBC PASP0909.DBC PASP0910.DBC PASP0911.DBC PASP0912.DBC Registros_Processados= 41651173 Tempo Decorrido= 4:48	[Opções] DEF=C:\TABWIN\Produção_2008.DEF Linha=Complex.procedim. Incremento=Freqüência Incremento=Vl.Aprovado Incremento=Vl.Apresentado Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções Ativas] Estabel-CNES-SP: 2080079 HOSPITAL DR OSIRIS FLORINDO COELHO FERRAZ DE VASCONCELOS [Arquivos] PASP1001.DBC PASP1002.DBC PASP1003.DBC PASP1004.DBC PASP1005.DBC PASP1006.DBC PASP1007.DBC PASP1008.DBC PASP1009.DBC PASP1010.DBC PASP1011.DBC PASP1012.DBC Registros_Processados= 44136299 Tempo Decorrido= 4:24
[Opções] **DEF=C:\TABWIN\RD2008.DEF** **Linha=Complex proc[2008+** **Incremento=Freqüência** **Suprime_Linhas_Zeradas=false** **Suprime_Colunas_Zeradas=true** **Não_Classificados=0** **[Seleções_Ativas]** **Hospital SP (CNES):** **2080079 HOSPITAL DR OSIRIS FLORINDO COELHO FERRAZ DE VASCONCELOS** **[Arquivos]** **RDSP0801.DBC** **RDSP0802.DBC** **RDSP0803.DBC** **RDSP0804.DBC** **RDSP0805.DBC** **RDSP0806.DBC** **RDSP0807.DBC** **RDSP0808.DBC** **RDSP0809.DBC** **RDSP0810.DBC** **RDSP0811.DBC** **RDSP0812.DBC** **Registros_Processados= 2303435** **Tempo_Decorrido= 0:17**	[Opções] DEF=C:\TABWIN\RD2008.DEF Linha=Complex proc[2008+ Incremento=Freqüência Incremento=Valor Total Suprime Linhas Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Hospital SP (CNES): 2080079 HOSPITAL DR OSIRIS FLORINDO COELHO FERRAZ DE VASCONCELOS [Arquivos] RDSP0901.DBC RDSP0902.DBC RDSP0903.DBC RDSP0904.DBC RDSP0905.DBC RDSP0906.DBC RDSP0907.DBC RDSP0908.DBC RDSP0909.DBC RDSP0910.DBC RDSP0911.DBC RDSP0912.DBC Registros Processados= 2420494 Tempo_Decorrido= 0:17	[Opções] DEF=C:\TABWIN\RD2008.DEF Linha=Complex proc[2008+ Incremento=Freqüência Incremento=Valor Total Suprime Linhas Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Hospital SP (CNES): 2080079 HOSPITAL DR OSIRIS FLORINDO COELHO FERRAZ DE VASCONCELOS [Arquivos] RDSP1001.DBC RDSP1002.DBC RDSP1003.DBC RDSP1004.DBC RDSP1005.DBC RDSP1006.DBC RDSP1007.DBC RDSP1008.DBC RDSP1009.DBC RDSP1010.DBC RDSP1011.DBC RDSP1012.DBC Registros Processados= 2492888 Tempo_Decorrido= 0:18

d) Hospital Geral de Itaquaquecetuba(OSS)

2008	2009	2010
[Opções] **DEF=C:\TABWIN\Produção_2008.DEF** **Linha=Complex.procedim.** **Incremento=Freqüência** **Suprime_Linhas_Zeradas=false** **Suprime_Colunas_Zeradas=true** **Não_Classificados=0** **[Seleções_Ativas]** **Estabel-CNES-SP: 2078562 HOSPITAL GERAL DE ITAQUAQUECETUBA** **[Arquivos]** **PASP0801.DBC** **PASP0802.DBC** **PASP0803.DBC** **PASP0804.DBC** **PASP0805.DBC** **PASP0806.DBC** **PASP0807.DBC** **PASP0808.DBC** **PASP0809.DBC** **PASP0810.DBC** **PASP0811.DBC** **PASP0812.DBC** **Registros_Processados= 36927700** **Tempo_Decorrido= 4:10**	[Opções] DEF=C:\TABWIN\Produção_2008.DEF Linha=Complex.procedim. Incremento=Freqüência Incremento=Vl.Aprovado Incremento=Vl.Apresentado Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Estabel-CNES-SP: 2078562 HOSPITAL GERAL DE ITAQUAQUECETUBA [Arquivos] PASP0901.DBC PASP0902.DBC PASP0903.DBC PASP0904.DBC PASP0905.DBC PASP0906.DBC PASP0907.DBC PASP0908.DBC PASP0909.DBC PASP0910.DBC PASP0911.DBC PASP0912.DBC Registros Processados= 41651173 Tempo_Decorrido= 3:51	[Opções] DEF=C:\TABWIN\Produção_2008.DEF Linha=Complex.procedim. Incremento=Freqüência Incremento=Vl.Aprovado Incremento=Vl.Apresentado Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Estabel-CNES-SP: 2078562 HOSPITAL GERAL DE ITAQUAQUECETUBA [Arquivos] PASP1001.DBC PASP1002.DBC PASP1003.DBC PASP1004.DBC PASP1005.DBC PASP1006.DBC PASP1007.DBC PASP1008.DBC PASP1009.DBC PASP1010.DBC PASP1011.DBC PASP1012.DBC Registros Processados= 44136299 Tempo_Decorrido= 4:00
[Opções] **DEF=C:\TABWIN\RD2008.DEF** **Linha=Complex proc[2008+** **Incremento=Freqüência** **Suprime_Linhas_Zeradas=false** **Suprime_Colunas_Zeradas=true** **Não_Classificados=0** **[Seleções_Ativas]** **Hospital SP (CNES): 2078562 HOSPITAL GERAL DE ITAQUAQUECETUBA** **[Arquivos]** **RDSP0801.DBC** **RDSP0802.DBC** **RDSP0803.DBC** **RDSP0804.DBC** **RDSP0805.DBC** **RDSP0806.DBC** **RDSP0807.DBC** **RDSP0808.DBC** **RDSP0809.DBC** **RDSP0810.DBC** **RDSP0811.DBC** **RDSP0812.DBC** **Registros_Processados= 2303435** **Tempo_Decorrido= 0:16**	[Opções] DEF=C:\TABWIN\RD2008.DEF Linha=Complex proc[2008+ Incremento=Freqüência Incremento=Valor Total Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Hospital SP (CNES): 2078562 HOSPITAL GERAL DE ITAQUAQUECETUBA [Arquivos] RDSP0901.DBC RDSP0902.DBC RDSP0903.DBC RDSP0904.DBC RDSP0905.DBC RDSP0906.DBC RDSP0907.DBC RDSP0908.DBC RDSP0909.DBC RDSP0910.DBC RDSP0911.DBC RDSP0912.DBC Registros_Processados= 2420494 Tempo_Decorrido= 0:17	[Opções] DEF=C:\TABWIN\RD2008.DEF Linha=Complex proc[2008+ Incremento=Freqüência Incremento=Valor Total Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Hospital SP (CNES): 2078562 HOSPITAL GERAL DE ITAQUAQUECETUBA [Arquivos] RDSP1001.DBC RDSP1002.DBC RDSP1003.DBC RDSP1004.DBC RDSP1005.DBC RDSP1006.DBC RDSP1007.DBC RDSP1008.DBC RDSP1009.DBC RDSP1010.DBC RDSP1011.DBC RDSP1012.DBC Registros_Processados= 2492888 Tempo_Decorrido= 0:17

e) Hospital Geral de Guaianases(AD)

2008	2009	2010
[Opções] **DEF=C:\TABWIN\Produção_2008.DEF** **Linha=Complex.procedim.** **Incremento=Freqüência** **Suprime_Linhas_Zeradas=false** **Suprime_Colunas_Zeradas=true** **Não_Classificados=0** **[Seleções_Ativas]** **Estabel-CNES-SP:** **2079240 HOSPITAL GERAL JESUS TEIXEIRA DA COSTA GUAIANASES SAO PAULO** **[Arquivos]** **PASP0801.DBC** **PASP0802.DBC** **PASP0803.DBC** **PASP0804.DBC** **PASP0805.DBC** **PASP0806.DBC** **PASP0807.DBC** **PASP0808.DBC** **PASP0809.DBC** **PASP0810.DBC** **PASP0811.DBC** **PASP0812.DBC** **Registros_Processados= 36927700** **Tempo_Decorrido= 3:07**	[Opções] DEF=C:\TABWIN\Produção_2008.DEF Linha=Complex.procedim. Incremento=Freqüência Incremento=Vl.Aprovado Incremento=Vl.Apresentado Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Estabel-CNES-SP: 2079240 HOSPITAL GERAL JESUS TEIXEIRA DA COSTA GUAIANASES SAO PAULO [Arquivos] PASP0901.DBC PASP0902.DBC PASP0903.DBC PASP0904.DBC PASP0905.DBC PASP0906.DBC PASP0907.DBC PASP0908.DBC PASP0909.DBC PASP0910.DBC PASP0911.DBC PASP0912.DBC Registros_Processados= 41651173 Tempo_Decorrido= 3:32	[Opções] DEF=C:\TABWIN\Produção_2008.DEF Linha=Complex.procedim. Incremento=Freqüência Incremento=Vl.Aprovado Incremento=Vl.Apresentado Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Estabel-CNES-SP: 2079240 HOSPITAL GERAL JESUS TEIXEIRA DA COSTA GUAIANASES SAO PAULO [Arquivos] PASP1001.DBC PASP1002.DBC PASP1003.DBC PASP1004.DBC PASP1005.DBC PASP1006.DBC PASP1007.DBC PASP1008.DBC PASP1009.DBC PASP1010.DBC PASP1011.DBC PASP1012.DBC Registros_Processados= 44136299 Tempo_Decorrido= 3:44
[Opções] **DEF=C:\TABWIN\RD2008.DEF** **Linha=Complex proc[2008+** **Incremento=Freqüência** **Suprime_Linhas_Zeradas=false** **Suprime_Colunas_Zeradas=true** **Não_Classificados=0** **[Seleções_Ativas]** **Hospital SP (CNES):** **2079240 HOSPITAL GERAL JESUS TEIXEIRA DA COSTA GUAIANASES SAO PAULO** **[Arquivos]** **RDSP0801.DBC** **RDSP0802.DBC** **RDSP0803.DBC** **RDSP0804.DBC** **RDSP0805.DBC** **RDSP0806.DBC** **RDSP0807.DBC** **RDSP0808.DBC** **RDSP0809.DBC** **RDSP0810.DBC** **RDSP0811.DBC** **RDSP0812.DBC** **Registros_Processados= 2303435** **Tempo_Decorrido= 0:16**	[Opções] DEF=C:\TABWIN\RD2008.DEF Linha=Complex proc[2008+ Incremento=Freqüência Incremento=Valor Total Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Hospital SP (CNES): 2079240 HOSPITAL GERAL JESUS TEIXEIRA DA COSTA GUAIANASES SAO PAULO [Arquivos] RDSP0901.DBC RDSP0902.DBC RDSP0903.DBC RDSP0904.DBC RDSP0905.DBC RDSP0906.DBC RDSP0907.DBC RDSP0908.DBC RDSP0909.DBC RDSP0910.DBC RDSP0911.DBC RDSP0912.DBC Registros Processados= 2420494 Tempo_Decorrido= 0:17	[Opções] DEF=C:\TABWIN\RD2008.DEF Linha=Complex proc[2008+ Incremento=Freqüência Incremento=Valor Total Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Hospital SP (CNES): 2079240 HOSPITAL GERAL JESUS TEIXEIRA DA COSTA GUAIANASES SAO PAULO [Arquivos] RDSP1001.DBC RDSP1002.DBC RDSP1003.DBC RDSP1004.DBC RDSP1005.DBC RDSP1006.DBC RDSP1007.DBC RDSP1008.DBC RDSP1009.DBC RDSP1010.DBC RDSP1011.DBC RDSP1012.DBC Registros Processados= 2492888 Tempo_Decorrido= 0:17

f) Hospital Geral de Itaim Paulista(OSS)

2008	2009	2010
[Opções] **DEF=C:\TABWIN\Produção_2008.DEF** **Linha=Complex.procedim.** **Incremento=Freqüência** **Suprime_Linhas_Zeradas=false** **Suprime_Colunas_Zeradas=true** **Não_Classificados=0** **[Seleções_Ativas]** **Estabel-CNES-SP:** **2077620 HOSPITAL GERAL SANTA MARCELINA DE ITAIM PAULISTA SAO PAULO** **[Arquivos]** **PASP0801.DBC** **PASP0802.DBC** **PASP0803.DBC** **PASP0804.DBC** **PASP0805.DBC** **PASP0806.DBC** **PASP0807.DBC** **PASP0808.DBC** **PASP0809.DBC** **PASP0810.DBC** **PASP0811.DBC** **PASP0812.DBC** **Registros_Processados= 36927700** **Tempo_Decorrido= 3:54**	[Opções] DEF=C:\TABWIN\Produção_2008.DEF Linha=Complex.procedim. Incremento=Freqüência Incremento=Vl.Aprovado Incremento=Vl.Apresentado Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Estabel-CNES-SP: 2077620 HOSPITAL GERAL SANTA MARCELINA DE ITAIM PAULISTA SAO PAULO [Arquivos] PASP0901.DBC PASP0902.DBC PASP0903.DBC PASP0904.DBC PASP0905.DBC PASP0906.DBC PASP0907.DBC PASP0908.DBC PASP0909.DBC PASP0910.DBC PASP0911.DBC PASP0912.DBC Registros_Processados= 41651173 Tempo_Decorrido= 3:49	[Opções] DEF=C:\TABWIN\Produção_2008.DEF Linha=Complex.procedim. Incremento=Freqüência Incremento=Vl.Aprovado Incremento=Vl.Apresentado Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Estabel-CNES-SP: 2077620 HOSPITAL GERAL SANTA MARCELINA DE ITAIM PAULISTA SAO PAULO [Arquivos] PASP1001.DBC PASP1002.DBC PASP1003.DBC PASP1004.DBC PASP1005.DBC PASP1006.DBC PASP1007.DBC PASP1008.DBC PASP1009.DBC PASP1010.DBC PASP1011.DBC PASP1012.DBC Registros_Processados= 44136299 Tempo_Decorrido= 3:35
[Opções] **DEF=C:\TABWIN\RD2008.DEF** **Linha=Complex proc[2008+** **Incremento=Freqüência** **Suprime_Linhas_Zeradas=false** **Suprime_Colunas_Zeradas=true** **Não_Classificados=0** **[Seleções_Ativas]** **Hospital SP (CNES):** **2077620 HOSPITAL GERAL SANTA MARCELINA DE ITAIM PAULISTA SAO PAULO** **[Arquivos]** **RDSP0801.DBC** **RDSP0802.DBC** **RDSP0803.DBC** **RDSP0804.DBC** **RDSP0805.DBC** **RDSP0806.DBC** **RDSP0807.DBC** **RDSP0808.DBC** **RDSP0809.DBC** **RDSP0810.DBC** **RDSP0811.DBC** **RDSP0812.DBC** **Registros_Processados= 2303435** **Tempo_Decorrido= 0:18**	[Opções] DEF=C:\TABWIN\RD2008.DEF Linha=Complex proc[2008+ Incremento=Freqüência Incremento=Valor Total Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Hospital SP (CNES): 2077620 HOSPITAL GERAL SANTA MARCELINA DE ITAIM PAULISTA SAO PAULO [Arquivos] RDSP0901.DBC RDSP0902.DBC RDSP0903.DBC RDSP0904.DBC RDSP0905.DBC RDSP0906.DBC RDSP0907.DBC RDSP0908.DBC RDSP0909.DBC RDSP0910.DBC RDSP0911.DBC RDSP0912.DBC Registros Processados= 2420494 Tempo_Decorrido= 0:18	[Opções] DEF=C:\TABWIN\RD2008.DEF Linha=Complex proc[2008+ Incremento=Freqüência Incremento=Valor Total Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Hospital SP (CNES): 2077620 HOSPITAL GERAL SANTA MARCELINA DE ITAIM PAULISTA SAO PAULO [Arquivos] RDSP1001.DBC RDSP1002.DBC RDSP1003.DBC RDSP1004.DBC RDSP1005.DBC RDSP1006.DBC RDSP1007.DBC RDSP1008.DBC RDSP1009.DBC RDSP1010.DBC RDSP1011.DBC RDSP1012.DBC Registros Processados= 2492888 Tempo_Decorrido= 0:17

g) Hospital Regional Sul São Paulo(AD)

2008	2009	2010
[Opções] **DEF=C:\TABWIN\Produção_2008.DEF** **Linha=Complex.procedim.** **Incremento=Freqüência** **Suprime_Linhas_Zeradas=false** **Suprime_Colunas_Zeradas=true** **Não_Classificados=0** **[Seleções_Ativas]** **Estabel-CNES-SP: 2091313 HOSPITAL REGIONAL SUL SAO PAULO** **[Arquivos]** **PASP0801.DBC** **PASP0802.DBC** **PASP0803.DBC** **PASP0804.DBC** **PASP0805.DBC** **PASP0806.DBC** **PASP0807.DBC** **PASP0808.DBC** **PASP0809.DBC** **PASP0810.DBC** **PASP0811.DBC** **PASP0812.DBC** **Registros_Processados= 36927700** **Tempo_Decorrido= 3:04**	[Opções] DEF=C:\TABWIN\Produção_2008.DEF Linha=Complex.procedim. Incremento=Freqüência Incremento=Vl.Aprovado Incremento=Vl.Apresentado Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Estabel-CNES-SP: 2091313 HOSPITAL REGIONAL SUL SAO PAULO [Arquivos] PASP0901.DBC PASP0902.DBC PASP0903.DBC PASP0904.DBC PASP0905.DBC PASP0906.DBC PASP0907.DBC PASP0908.DBC PASP0909.DBC PASP0910.DBC PASP0911.DBC PASP0912.DBC Registros_Processados= 41651173 Tempo_Decorrido= 4:04	[Opções] DEF=C:\TABWIN\Produção_2008.DEF Linha=Complex.procedim. Incremento=Freqüência Incremento=Vl.Aprovado Incremento=Vl.Apresentado Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Estabel-CNES-SP: 2091313 HOSPITAL REGIONAL SUL SAO PAULO [Arquivos] PASP1001.DBC PASP1002.DBC PASP1003.DBC PASP1004.DBC PASP1005.DBC PASP1006.DBC PASP1007.DBC PASP1008.DBC PASP1009.DBC PASP1010.DBC PASP1011.DBC PASP1012.DBC Registros Processados= 44136299 Tempo_Decorrido= 3:32
[Opções] **DEF=C:\TABWIN\RD2008.DEF** **Linha=Complex proc[2008+** **Incremento=Freqüência** **Suprime_Linhas_Zeradas=false** **Suprime_Colunas_Zeradas=true** **Não_Classificados=0** **[Seleções_Ativas]** **Hospital SP (CNES): 2091313 HOSPITAL REGIONAL SUL SAO PAULO** **[Arquivos]** **RDSP0801.DBC** **RDSP0802.DBC** **RDSP0803.DBC** **RDSP0804.DBC** **RDSP0805.DBC** **RDSP0806.DBC** **RDSP0807.DBC** **RDSP0808.DBC** **RDSP0809.DBC** **RDSP0810.DBC** **RDSP0811.DBC** **RDSP0812.DBC** **Registros_Processados= 2303435** **Tempo_Decorrido= 0:22**	[Opções] DEF=C:\TABWIN\RD2008.DEF Linha=Complex proc[2008+ Incremento=Freqüência Incremento=Valor Total Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Hospital SP (CNES): 2091313 HOSPITAL REGIONAL SUL SAO PAULO [Arquivos] RDSP0901.DBC RDSP0902.DBC RDSP0903.DBC RDSP0904.DBC RDSP0905.DBC RDSP0906.DBC RDSP0907.DBC RDSP0908.DBC RDSP0909.DBC RDSP0910.DBC RDSP0911.DBC RDSP0912.DBC Registros_Processados= 2420494 Tempo_Decorrido= 0:17	[Opções] DEF=C:\TABWIN\RD2008.DEF Linha=Complex proc[2008+ Incremento=Freqüência Incremento=Valor Total Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Hospital SP (CNES): 2091313 HOSPITAL REGIONAL SUL SAO PAULO [Arquivos] RDSP1001.DBC RDSP1002.DBC RDSP1003.DBC RDSP1004.DBC RDSP1005.DBC RDSP1006.DBC RDSP1007.DBC RDSP1008.DBC RDSP1009.DBC RDSP1010.DBC RDSP1011.DBC RDSP1012.DBC Registros_Processados= 2492888 Tempo_Decorrido= 0:18

h) Hospital Geral do Grajaú(OSS)

[Opções] DEF=C:\TABWIN\Produção_2008.DEF Linha=Complex.procedim. Incremento=Freqüência Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Estabel-CNES-SP: 2077671 HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ PROF LIBER JOHN ALPHONSE DI DIO SP [Arquivos] PASP0801.DBC PASP0802.DBC PASP0803.DBC PASP0804.DBC PASP0805.DBC PASP0806.DBC PASP0807.DBC PASP0808.DBC PASP0809.DBC PASP0810.DBC PASP0811.DBC PASP0812.DBC Registros_Processados= 36927700 Tempo_Decorrido= 3:06	[Opções] DEF=C:\TABWIN\Produção_2008.DEF Linha=Complex.procedim. Incremento=Freqüência Incremento=Vl.Aprovado Incremento=Vl.Apresentado Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Estabel-CNES-SP: 2077671 HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ PROF LIBER JOHN ALPHONSE DI DIO SP [Arquivos] PASP0901.DBC PASP0902.DBC PASP0903.DBC PASP0904.DBC PASP0905.DBC PASP0906.DBC PASP0907.DBC PASP0908.DBC PASP0909.DBC PASP0910.DBC PASP0911.DBC PASP0912.DBC Registros_Processados= 41651173 Tempo_Decorrido= 5:05	[Opções] DEF=C:\TABWIN\Produção_2008.DEF Linha=Complex.procedim. Incremento=Freqüência Incremento=Vl.Aprovado Incremento=Vl.Apresentado Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Estabel-CNES-SP: 2077671 HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ PROF LIBER JOHN ALPHONSE DI DIO SP [Arquivos] PASP1001.DBC PASP1002.DBC PASP1003.DBC PASP1004.DBC PASP1005.DBC PASP1006.DBC PASP1007.DBC PASP1008.DBC PASP1009.DBC PASP1010.DBC PASP1011.DBC PASP1012.DBC Registros_Processados= 44136299 Tempo_Decorrido= 3:30
[Opções] DEF=C:\TABWIN\RD2008.DEF Linha=Complex proc[2008+ Incremento=Freqüência Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Hospital SP (CNES): 2077671 HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ PROF LIBER JOHN ALPHONSE DI DIO SP [Arquivos] RDSP0801.DBC RDSP0802.DBC RDSP0803.DBC RDSP0804.DBC RDSP0805.DBC RDSP0806.DBC RDSP0807.DBC RDSP0808.DBC RDSP0809.DBC RDSP0810.DBC RDSP0811.DBC RDSP0812.DBC Registros_Processados= 2303435 Tempo_Decorrido= 0:16	[Opções] DEF=C:\TABWIN\RD2008.DEF Linha=Complex proc[2008+ Incremento=Freqüência Incremento=Valor Total Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Hospital SP (CNES): 2077671 HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ PROF LIBER JOHN ALPHONSE DI DIO SP [Arquivos] RDSP0901.DBC RDSP0902.DBC RDSP0903.DBC RDSP0904.DBC RDSP0905.DBC RDSP0906.DBC RDSP0907.DBC RDSP0908.DBC RDSP0909.DBC RDSP0910.DBC RDSP0911.DBC RDSP0912.DBC Registros_Processados= 2420494 Tempo_Decorrido= 0:17	[Opções] DEF=C:\TABWIN\RD2008.DEF Linha=Complex proc[2008+ Incremento=Freqüência Incremento=Valor Total Suprime_Linhas_Zeradas=false Suprime_Colunas_Zeradas=true Não_Classificados=0 [Seleções_Ativas] Hospital SP (CNES): 2077671 HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ PROF LIBER JOHN ALPHONSE DI DIO SP [Arquivos] RDSP1001.DBC RDSP1002.DBC RDSP1003.DBC RDSP1004.DBC RDSP1005.DBC RDSP1006.DBC RDSP1007.DBC RDSP1008.DBC RDSP1009.DBC RDSP1010.DBC RDSP1011.DBC RDSP1012.DBC Registros_Processados= 2492888 Tempo_Decorrido= 0:17