



RESOLUÇÃO CIB/MT Nº071 DE 11 DE OUTUBRO DE 2017.

Dispõe sobre a homologar o documento descritivo 2017-2019 e respectivo convênio assistencial nº 002/2017 do Hospital Santa Helena, contratualizado pela secretaria municipal de Cuiabá, situado na região de saúde da baixada cuiabana, para realizar serviços de média e alta complexidade de referencia estadual, conforme anexos I e II, parte integrante desta resolução CIB.

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais e considerando:

I – A Constituição da República Federativa do Brasil DE 1988 na Seção II, Artigo 196.s em que declara que A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

II – A LEI, Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios e diretrizes do SUS;

III – O Decreto Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011, que regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

IV – A Portaria GM/MS Nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;

V – A Portaria GM/MS Nº 1.412 de 06 de julho de 2012, que aprova a etapa I do plano de ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Mato Grosso e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implementação;

VI – A Portaria GM/MS Nº 3.390 de 30 de Dezembro de 2013, que Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito SUS, estabelecendo as diretrizes para a reorganização do componente hospitalar ao SUS, e Rede de Atenção a Saúde (RAS);

VII – A Portaria GM/MS Nº 3.410 de 30 de Dezembro de 2013, que Estabelece diretrizes para contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a PNHOSP;

VIII – A Portaria GBSSES Nº 094 de 26 de junho de 2017, que institui valores financeiros de cofinanciamento estadual não obrigatório para custeio de cirurgias cardíacas com toracotomia e procedimentos de Angioplastia Coronariana com Stent Farmacológico, a ser repassado ao Fundo Municipal de Saúde de Cuiabá MT, para contratualização dos serviços habilitados em Cirurgias Cardiovasculares de Alta Complexidade.

IX – A Portaria GBSSES/MT Nº 111 de 19 de junho de 2017, que institui valores financeiros de cofinanciamento não obrigatório para custeio mensal das ações e serviços de saúde de Atenção Hospitalar de Referência com o objetivo de melhorar o acesso dos usuários no âmbito do Sistema Único de Saúde de Mato Grosso;



X – A Portaria GBSES/MT Nº 112 de 19 de junho de 2017, que institui critérios de cofinanciamento estadual não obrigatório para custeio mensal de leitos em Unidade de Terapia Intensiva-UTI-Adulto, Pediátrica, Neonatal Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal-UCIN, credenciada/habilitada e/ou em processo de credenciamento/habilitação junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de melhoria de acesso para atendimento ao usuário do SUS no território do Estado de Mato Grosso.

XI – O Parecer Técnico Nº 010/ERSBC/SES/MT de 10 de agosto de 2017, que formaliza os critérios de avaliação da SES para contemplar nos documentos formais da contratualização sob gestão da Secretária Municipal de Saúde e contemplados com cofinanciamento estadual através das transferências de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde;

XII – A Resolução CMS Nº 58 de 12 de setembro de 2017, que aprova os Documentos Descritivos 2017-2019 e respectivos convênios Assistenciais dos seguintes hospitais contratualizados pela Secretária Municipal de Saúde de Cuiabá: Documento Descritivo do Convênio Assistencial à Saúde Nº 001/2017 do Hospital de Câncer de Mato Grosso; Documento Descritivo do Convênio Assistencial à Saúde Nº 002/2017 da Sociedade Beneficente Santa Helena; Documento Descritivo do Convênio Assistencial à Saúde Nº 003/2017 da Sociedade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá; Documento Descritivo do Convênio Assistencial à Saúde Nº 004/2017 do Hospital Geral, com as ressalvas contidas no parecer 001/2017 da Comissão de Controle e Avaliação do CMS Cuiabá, datado em 07/08/2017, parte integrante da resolução;

XIII – A Proposição Operacional Nº 026/2017/CIR-BC de 26 de setembro de 2017, que propõe a homologação da Contratualização da Sociedade Beneficente Santa Helena, sob gestão municipal de Cuiabá, situado na Região de Saúde da Baixada Cuiabana, para realizar serviços de média e alta complexidade de referência Estadual;

RESOLVE:

Artigo 1º - Homologar o Documento Descritivo 2017-2019 e respectivo convênio assistencial nº 002/2017 do Hospital Santa Helena, contratualizado pela Secretaria Municipal de Cuiabá, situado na região de Saúde da Baixada Cuiabana, para realizar serviços de média e alta complexidade de referência Estadual, conforme anexos I e II, parte integrante desta Resolução CIB.

Artigo 2º - A forma de monitoramento dar-se-á através da Comissão de Permanente de Acompanhamento a Contratualização-CPAC;

Artigo 3º - Esta Resolução CIB entra em vigor na data de sua assinatura.

Cuiabá/MT, 11 de Outubro de 2017.

Luiz Soares
Presidente da CIB/MT

Sílvia Regina Cremones Sirena
Presidente do COSEMS/MT

Anexo I da Resolução CIB Nº 071/2017/CIB de 11 de outubro de 2017

PROGRAMAÇÃO FÍSICO/FINANCEIRO POR TIPO DE FINANCIAMENTO SANTA HELENA	META FINANC (MÊS)	META FINANC (ANO)
(1) ORÇAMENTO PRÉ FIXADO (SUBTOTAL PRÉ FIXADO + SUBTOTAL INCENTIVO PRÉ-FIXADO)	R\$ 2.023.058,83	R\$ 24.276.705,98
SUBTOTAL PRÉ FIXADO (A+B+C+D)	R\$ 1.544.122,14	R\$ 18.529.465,70
(A) MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	R\$ 23.295,40	R\$ 279.544,80
(B) MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	R\$ 1.057.499,05	R\$ 12.689.988,62
(C) INCENTIVO DE QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO HOSPITALAR (IGH).	R\$ 463.327,69	R\$ 5.559.932,28
SUBTOTAL INCENTIVO PRÉ-FIXADO (E+F+G+H+I+J)	R\$ 478.936,69	R\$ 5.747.240,28
(E) INCENTIVO REDE DE URGÊNCIA PORT. 1412/2012 UTI TIPO II	R\$ 35.180,16	R\$ 422.161,92
(F) INCENTIVO REDE CEGONHA PORT. 1886/2012 - Leitos GAR	R\$ 51.191,25	R\$ 614.295,00
(G) INCENTIVO REDE CEGONHA - UTI NEO	R\$ 52.770,24	R\$ 633.242,88
(H) INCENTIVO REDE CEGONHA - UTI ADULTO II	R\$ 8.795,04	R\$ 105.540,48
(I) REPASSE SES - INCENTIVO COMPLEMENTAR PARA CUSTEIO DOS SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - PORTARIA Nº 111/2017.	R\$ 211.000,00	R\$ 2.532.000,00
(J) INCENTIVO MUNICIPAL DE CUSTEIO ÀS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL.	R\$ 120.000,00	R\$ 1.440.000,00
(2) ORÇAMENTO PÓS FIXADO (SUBTOTAL PÓS FIXADO)	R\$ 818.090,68	R\$ 9.817.088,16
SUBTOTAL PÓS FIXADO (K+L+M)	R\$ 818.090,68	R\$ 9.817.088,16
(K) ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	R\$ 42.158,55	R\$ 505.902,60
(L) ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	R\$ 16.657,93	R\$ 199.895,16
(M) REPASSE SES PORTARIA Nº 112/2017/GBSES (FONTE 134) - 10 LEITOS DE UTI ADULTO, 20 LEITOS DE UTI NEONATAL - ALTA COMPLEXIDADE, PORT 019/2017/GBSES, PORTARIA Nº 092/2017/GBSES e PORT 042/2017/GBSES.	R\$ 759.274,20	R\$ 9.111.290,40
TOTAL DA PROGRAMAÇÃO PARA O HOSPITAL = (1)+(2)	R\$ 2.841.149,51	R\$ 34.093.794,14
TOTAL DO REPASSE FEDERAL/SMS (A+B+C+E+F+G+H+J+K+L)	R\$ 1.870.875,31	R\$ 22.450.503,74
TOTAL DE REPASSE SES/MT = (D+I+M)	R\$ 970.274,20	R\$ 11.643.290,40
TOTAL GERAL REPASSADO AO HOSPITAL	R\$ 2.841.149,51	R\$ 34.093.794,14

Anexo II da Resolução CIB Nº071/2017/CIB de 11 de outubro de 2017

HABILITAÇÃO	CRITÉRIOS E TIPOS DE HABILITAÇÕES
Unidade Hospitalar de Referência Secundária para atendimento à Gestante de Alto Risco	Portarias GM nº 3.477 de 20/08/1998 (revogada) e 1.020 de 29/05/2013. • Índices de cesárea < ou = 35% • Comitê de Mortalidade Materna e Neonatal • Comitê de Controle de Infecção Hospitalar • UTI Adulto e Neonatal • Serviços próprios de diagnóstico e terapia 24 horas • USG com <i>Doppler</i>, USG, Serviço de Imagem • Cardiotocografia, Laboratório de Análises Clínicas • Serviço de avaliação de maturidade fetal • Agência Transfusional e Banco de sangue • Garantir acesso a Tomografia, Ecocardiograma, Laboratório Citogenética e Anatomia Patológica.
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II Publicado pela Portaria SAS nº 554 de 27/09/1999	• Habilitados 18 leitos de UTI Neonatal e 4 Ucinco e 3 Ucinca • Equipe Multiprofissional • Estrutura física • Serviço de Apoio Diagnóstico
Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tipo II Publicação pela Portaria GM nº 279 de 08/07/1999	• Habilitados 05 leitos • Equipe Multiprofissional • Estrutura física • Serviço de Apoio Diagnóstico
Laqueadura e Vasectomia Portaria GAB/SMS nº 071 de 11/08/2009	• Habilitação local
Serviço hospitalar para tratamento da AIDS	
Hospital Amigo da Criança	Portaria MS Nº. 474/SAS de 22/12/2008

Cuiabá, 11 de outubro de 2017.