|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **001** | | **002** | | **003** | | **004** | | **005** | | **006** | | **007** | | **008** | | **009** | | **010** | | **011** | | **012** | | **013** | | **014** | | **015** | | **016** | | **017** | | **018** | | **019** | | **020** | | **021** | | **022** | | **023** | | **024** | | **025** | | **026** | | **027** | | **028** | | **029** | | **030** | | **031** | | **032** | | **033** | | **034** | | **035** | | **036** | | **037** | | **038** | | **039**  **040**  **041**  **042**  **043**  **044**  **045**  **046**  **047**  **048**  **049**  **050**  **051**  **052**  **053**  **054**  **055**  **056**  **057**  **058**  **059**  **060**  **061**  **062**  **063**  **064**  **065**  **066**  **067**  **068**  **069**  **070**  **071**  **072**  **073**  **074**  **075**  **076**  **077**  **078**  **079**  **080**  **081**  **082**  **083**  **084**  **085**  **086**  **087**  **088**  **089**  **090**  **091**  **092**  **093**  **094**  **095**  **096**  **097**  **098**  **099**  **100**  **101**  **102**  **103**  **104**  **105**  **106**  **107**  **108**  **109**  **110**  **111**  **112**  **113**  **114**  **115**  **116**  **117**  **118**  **119**  **120**  **121**  **122**  **123**  **124**  **125**  **126**  **127**  **128**  **129**  **130**  **131**  **132**  **133**  **134**  **135**  **136**  **137**  **138**  **139**  **140**  **141**  **142**  **143**  **144**  **145**  **146**  **147**  **148**  **149**  **150**  **151**  **152**  **153**  **154**  **155**  **156**  **157**  **158**  **159**  **160**  **161**  **162**  **163**  **164**  **165**  **166**  **167**  **168**  **169**  **170**  **171**  **172**  **173**  **174**  **175**  **176**  **177**  **178**  **179**  **180**  **181**  **182**  **183**  **184**  **185**  **186**  **187**  **188**  **189**  **190**  **191**  **192**  **193**  **194**  **195**  **196**  **197**  **198**  **199**  **200**  **201**  **202**  **203**  **204**  **205**  **206**  **207**  **208**  **209**  **210**  **211**  **212**  **213**  **214**  **215**  **216**  **217**  **218**  **219**  **220**  **221**  **222**  **223**  **224**  **225**  **226**  **227**  **228**  **229**  **230**  **231**  **232**  **233**  **234**  **235**  **236**  **237**  **238**  **239**  **240**  **241**  **242**  **243**  **244**  **245**  **246**  **247**  **248**  **249**  **250**  **251**  **252**  **253**  **254**  **255**  **256**  **257**  **258**  **259**  **260**  **261**  **262**  **263**  **264**  **265**  **266**  **267**  **268**  **269**  **270**  **271**  **272**  **273**  **274**  **275**  **276**  **277**  **278**  **279**  **280**  **281**  **282**  **283**  **284**  **285**  **286**  **287**  **288**  **289**  **290**  **291**  **292**  **293**  **294**  **295**  **296**  **297**  **298**  **299**  **300**  **301**  **302**  **303**  **304**  **305**  **306**  **307**  **308**  **309**  **310**  **311**  **312**  **313**  **314**  **315**  **316**  **317**  **318**  **319**  **320**  **321**  **322**  **323**  **324**  **325**  **326**  **327**  **328**  **329**  **330**  **331**  **332**  **333**  **334**  **335**  **336**  **337**  **338**  **339**  **340**  **341**  **342**  **343**  **344**  **345**  **346**  **347**  **348**  **349**  **350**  **351**  **352**  **353**  **354**  **355**  **356** | | **357** | | **358** | | **359** | | **360** | | **361** | | **362** | | **363** | | **364** | | **365** | | **366** | | **367** | | **368** | | **369** | | **370** | | **371** | | **372** | | **373** | | **374** | | **375** | | **376** | | **377** | | **378** | | **379** | | **380** | | **381** | | **382** | | **383** | | **384** | | **385** | | **386** | | **387** | | **388** | | **389** | | **390** | | **391** | | **392** | | **393** | | **394** | | **395** | | **396** | | **397** | | **398** | | **399** | | **400** | | **401** | | **402** | | **403** | | **404** | | **405** | | **406** | | **407** | | **408** | | **409** | | **410** | | **411** | | **412** | | **413** | | **414** | | **415** | | **416** | | **417** | | **418** | | **419** | | **420** | | **421** | | **422** | | **423** | | **424** | | **425** | | **426** | | **427** | | **428** | | **429** | | **430** | | **431** | | **432** | | **433** | | **434** | | **435** | | **436** | | **437** | | **438** | | **439** | | **440** | | **441** | | **442** | | **443** | | **444** | | **445** | | **446** | | **447** | | **448** | | **449** | | **450** | | **451** | | **452** | | **453** | | **454** | | **455** | | **456** | | **457** | | **458** | | **459** | | **460** | | **461** | | **462** | | **463** | | **464** | | **465** | | **466** | | **467** | | **468** | | **469** | | **470** | | **471** | | **472** | | **473** | | **474** | | **475** | | **476** | | **477** | | **478** | | **479** | | **480** | | **481** | | **482** | | **483** | | **484** | | **485** | | **486** | | **487** | | **488** | | **489** | | **490** | | **491** | | **492** | | **493** | | **494** | | **495** | | **496** | | **497** | | **498** | | **499** | | **500** | | **501** | | **502** | | **503** | | **504** | | **505** | | **506** | | **507** | | **508** | | **509** | | **510** | | **511** | | **512** | | **513** | | **514** | | **515** | | **516** | | **517** | | **518** | | **519** | | **520** | | **521** | | **522** | | **523** | | **524** | | **525** | | **526** | | **527** | | **528** | | **529** | | **530** | | **531** | | **532** | | **533** | | **534** | | **535** | | **536** | | **537** | | **538** | | **539** | | **540** | | **541** | | **542** | | **543** | | **544** | | **545** | | **546** | | **547** | | **548** | | **549** | | **550** | | **551** | | **552** | | **553** | | **554** | | **555** | | **556** | | **557** | | **558** | | **559** | | **560** | | **561** | | **562** | | **563** | | **564** | | **565** | | **566** | | **567** | | **568** | | **569** | | **570** | | **571** | | **572** | | **573** | | **574** | | **575** | | **576** | | **577** | | **578** | | **579** | | **580** | | **581** | | **582** | | **583** | | **584** | | **585** | | **586** | | **587** | | **588** | | **589** | | **590** | | **591** | | **592** | | **593** | | **594** | | **595** | | **596** | | **597** | | **598** | | **599** | | **600** | | **601** | | **602** | | **603** | | **604** | | **605** | | **606** | | **607** | | **608** | | **609** | | **610** | | **611** | | **612** | | **613** | | **614** | | **615** | | **616** | | **617** | | **618** | | **619** | | **620** | | **621** | | **622** | | **623** | | **624** | | **625** | | **626** | | **627** | | **628** | | **629** | | **630** | | **631** | | **632** | | **633** | | **634** | | **635** | | **636** | | **637** | | **638** | | **639** | | **640** | | **641** | | **642** | | **643** | | **644** | | **645** | | **646** | | **647** | | **648** | | **649** | | **650** | | **651** | | **652** | | **653** | | **654** | | **655** | | **656** | | **657** | | **658** | | **659** | | **660** | | **661** | | **662** | | **663** | | **664** | | **665** | | **666** | | **667** | | **668** | | **669** | | **670** | | **671** | | **672** | | **673** | | **674** | | **675** | | **676** | | **677** | | **678** | | **679** | | **680** | | **681** | | **682** | | **683** | | **684** | | **685** | | **686** | | **687** | | **688** | | **689** | | **690** | | **691** | | **692** | | **693** | | **694** | | **695** | | **696** | | **697** | | **698** | | **699** | | **700** | | **701** | | **702** | | **703** | | **704** | | **705** | | **706** | | **707** | | **708** | | **709** | | **710** | | **711** | | **712** | | **713** | | **714** | | **715** | | **716** | | **717** | | **718** | | **719** | | **720** | | **721** | | **722** | | **723** | | **724** | | **725** | | **726** | | **727** | | **728** | | **729** | | **730** | | **731** | | **732** | | **733** | | **734** | | **735** | | **736** | | **737** | | **738** | | **739** | | **740**  **741**  **742**  **743**  **744**  **745**  **746** | | **747** | | **748** | | **Conselho Estadual de Saúde – CES/ES**  **ATA – 96ª Reunião Extraordinária – Ano 2022**  **9 de agosto de 2022**  Aos 9 (nove) dias do mês de agosto do ano de 2022 (dois mil e vinte e dois) às 13h51min realizou-se a 96ª (nonagésima sexta) Reunião Extraordinária do Conselho Estadual de Saúde - CES/ES, on-line por meio de plataforma digital: <https://us02web.zoom.us/j/88117205100?pwd=WXhYZml5ZVFnNVozNlQ4OHhVY1Fkdz09>. A sessão foi coordenada pelo Presidente Ricardo Ewald e secretariada pela Secretária Executiva Cynara Azevedo. **Conselheiros (as) presentes presencialmente:** Ricardo Ewald(FEHOFES),Mansour Cadais Filho (FAMOPES), Milene da Silva Weck Terra (UBM), **Conselheiros (as) presentes virtualmente:** Nésio Fernandes de Medeiros Júnior (SESA), Cristiano Luiz Ribeiro Araújo (SESA), Paulo Roberto Alves Guimarães (SESA), José Tadeu Marino (SESA), Phablo Gabriel Dobrovolsky da Silva(FEHOFES), Cristina Hamester(MS), Denise Mara Ramaldes Pedrosa(COSEMS-ES), Alexandre Coutinho Sattler(SINFES), Pablo Reis Garcia Perez/(SINFES), Rudge Vigato da Silva (SINDPSI-ES), Tatiana Peixoto Carvalho Tibúrcio (SINDIENFERMEIROS), Deise Berger Veltem Ramos(SINODONTO), Maria Rita de Boni (SINDSAÚDE-ES), Débora Randov de Oliveira (FETAES), Márcio Flávio Soares Romanha (CUT), Sidney Parreiras de Oliveira(RNP+), Wellington Barros Nascimento (UNEGRO), João Carlos dos Santos (SINDNAPI-ES), Gleicy Blank(UBM), João Paulo dos Santos Souza(ANPG), Genecy Teixeira de Oliveira (MITRA), Flavio Gustavo Rodrigues (FINDES), Rosini Helena Gurgel Lopes(FEAPAES). **Justificaram Ausências:** Geiza Pinheiro Quaresma(SINDISAUDE-ES), Judismar Tadeu Pedroni(SIMES)**.** A Secretária Executiva Cynara Azevedo iniciou saudando a todos e informou inversão do ponto 2 da pauta para iniciar a reunião, ao invés de iniciar com o ponto 1. O Presidente Ricardo Ewald às 13:51h iniciou cumprimentando a todos e convidou o Secretário de Saúde Nésio Fernandes de Medeiros Junior a fazer a sua apresentação **2º - Ponto de Pauta: Novo Modelo de Contratualização dos Serviços de Saúde e Regulação Formativa.** O Secretário de Saúde Nésio Fernandes iniciou saudando a todos e agradeceu a oportunidade de apresentar a Política de Contratualização e Atualização da Política realizada no Estado. Informou que o conjunto de decisões tomadas no primeiro ano de Governo foram respectivamente aprovadas nos planos anuais, nos planos de saúde e todas as políticas desenvolvidas no Estado ao longo da pandemia, com a certeza de entregar ao Sistema Único de Saúde muitos avanços no Estado. No entanto, o Estado tem uma situação aonde parte daqueles que prestam serviços no Sistema Único de Saúde na dimensão do acesso tanto hospitalar, quanto do acesso ambulatorial, viviam sob a égide do modelo normativo e de compra de serviço de saúde, que avaliam, era um modelo obsoleto. Um modelo focado na produção hospitalar e na produção ambulatorial com foco em quantitativo de consultas ofertadas por um valor muito ruim dentro da pactuação dos convênios e pela tabela SUS. No Estado do Espírito Santo, a filantropia ocupa um componente estratégico na capacidade da oferta de serviço de saúde e também na capacidade da garantia da integralidade do cuidado, no entanto, as lógicas que permeavam a contratualização até a publicação dessa Portaria, eram lógicas que não estimulavam e não reconheciam o papel dos territórios, tinham uma fragilidade muito grande do ponto de vista da vinculação de contrato com a atenção básica e na verdade, um modelo de atenção hospitalar que normatizou a rede complementar filantrópica numa lógica extremamente produtivista, quase que inampista. Então o Estado decidiu inserir e construir no âmbito do Estado do Espírito Santo, praticamente uma mini reforma da atenção hospitalar do Sistema Único de Saúde. Resolveu construir uma série de discussões, debates técnicos dentro daquilo que foi aprovado nos planos de saúde, das diretrizes de uma organização, de inovação do sistema, na perspectiva de garantia que o Espírito Santo pudesse ter, em cada território, um hospital para chamar de seu, com um perfil muito claro, com metas de desempenhos, com resultados esperados a serem contratados na relação entre a SESA e os hospitais filantrópicos. Ao mesmo tempo, decidiu-se, também, contribuir para o processo do fortalecimento da gestão municipal do SUS, com estratégia de indução do fortalecimento do comando único e da gestão plena dos contratos, o qual será elaborado no decorrer dessa apresentação. O Objetivo da Política Estadual é modernizar o modelo de contratualização dos hospitais filantrópicos, buscando maior eficácia e eficiência na aplicação dos recursos e garantia do acesso aos usuários SUS. Modernização, eficácia, ou seja, alcançar o uso e os recursos disponíveis, eficiência, impacto social, naqueles recursos que foram executados junto as metas, isso com foco na garantia do acesso. O Secretário Nésio Fernandes falou da forma de organização de acesso dentro do Sistema Único de Saúde que estava fundada em diversas políticas que caminhavam separadas e que decidiram agrupar todas elas e integrá-las dentro de instrumentos normativos que dialogassem com as engrenagens regulatórias, dialogassem com os diversos níveis de atenção e que pudessem ter uma capacidade de simplificação, tanto da formalidade do contrato como também do acesso. **Princípios:** **I – Simplificação de formalidades -** a partir desse momento a Procuradoria Geral do Estado e a Secretaria de Controle de Transparência, padronizaram os valores dos leitos, critérios dos contratos, as metas, os códigos de desempenho. Se o Estado precisar amanhã assinar um contrato novo de um hospital ou fazer um aditivo de um hospital, tem todos os critérios e requisitos padronizados, tanto pela Procuradoria, quanto pela SECONT. **II – Territorização –** O Secretário explicou que tal hospital, como para tal perfil, com tantos leitos e com tantos serviços ambulatoriais, será responsável por tais equipes da saúde da família e seus territórios abrangentes. **III – Garantia do acesso e desjudicialização**; **IV – Responsabilização pelo cuidado**; e **V – Isonomia nas relações entre Estado e entidades complementares**, ou seja, os mesmos critérios e os mesmos pagamentos para hospitais da região sul, serão para região metropolitana e região norte do Estado.zA ideia é avançar nos **Objetivos Específicos** com: ampliar a segurança jurídica na contratualização; garantir a estabilidade econômica nos convênios firmados; gerar autonomia, para os hospitais, na gestão dos recursos e na gestão dos serviços prestados; qualificar a assistência, de acordo com a grade hospitalar definida, as necessidades territoriais e capacidade instalada dos hospitais; desjudicializar o acesso ao SUS, com a garantia de acesso pleno; otimizar aplicação de recursos da rede privada para a rede filantrópica contratualizada; induzir execução de serviços assistenciais nos termo das políticas do SUS, reduzindo vazios assistenciais; garantir acesso às cirurgias eletivas; e ampliar o papel da transparência do SUS com indicadores e resultados. O Secretário Nésio explicou que não dá para fazer de conta que a tabela SUS pagar a conta e que o SUS financia os hospitais e os hospitais entregam o que tem que entregar. Informou que decidiram reconhecer que a tabela SUS não era e não se constitui hoje, um instrumento adequado para sermos centro e a regra de todas as relações filantrópicas. A tabela SUS é importante porque ela dimensiona, codifica os procedimentos e permite registrar o que se paga em hospital. Ela pode ser referência para alguns procedimentos, mas não pode ser a produção da tabela SUS. o centro da unidade da produção do contrato. Os hospitais serão obrigados a cumprir os mandados e a parar de criar subsídios para a jurisdição. Os hospitais terão políticas transparentes e indicadores claros. Explicou que o Estado vínha caminhando com um modelo de contratualização com muitos gargalos. **Gargalos da contratualização vigente e soluções da contratualização proposta: Comparativo – Contratualização Vigente:** Não há isonomia dos valores de recurso estadual de incentivos; avaliação da produção faturada; glosa de produção pela Ficha de Programação Orçamentária - FPO; pagamento por produção das internações; avaliação trimestral, com retenção de 10%, apenas da média complexidade. **Soluções da Contratualização Proposta:** Isonomia da base de cálculos entre os hospitais; pagamento valor global com pós-fixado na atividade ambulatorial e Fundo de Ações Estratégicas de Compensação - FAEC; FPO da média complexidade atualizada pela SESA, sempre que necessário para que não haja glosa; valor global por disponibilidade de leitos, sem glosa com ocupação abaixo de 85%; avaliação quadrimestral, com pagamento integral do valor global, sem retenção no 1º quadrimestre. O Secretário explicou que para cada hospital tinha um valor diferente pago, mesmo considerando os mesmos serviços, onde a avaliação era pela produção faturada. Existia uma engrenagem da operação dos contratos da produção da FPO que tinha o recurso disponível, meta de um segmento de contrato que estava faltando no outro e não podia remanejar esse saldo de produção entre contratos; o pagamento era por produção das internações, então, se o hospital internasse um paciente com pneumonia, sem complicações adquirida na comunidade que poderia ser tratada ambulatorial e acompanhada diariamente, ele era estimulado a internar esse paciente e garantindo o tempo de permanência exigindo Autorização Internação Hospitalar(AIH) e isso não é adequado, porque hoje sabe-se que dependendo da idade, das comorbidades, das cirurgias anteriores, dependendo de uma série de questões, uma pneumonia pode ser tratada em casa, pode ser tratada com uma internação de curto espaço de tempo ou pode ser tratada com uma internação de maior espaço de tempo. Isso é algo que varia de paciente para paciente e a avaliação era trimestral com a retenção de 10%. O Secretário explicou que partiram então para o novo modelo, que pagaria os mesmos valores, pelos mesmos serviços proporcionados nos hospitais, que também tem o valor de pagamento por produção de acordo da componente de alta complexidade. O valor global pela disponibilidade de leitos sem glosa de ocupação baixa de 85% e avaliação passaria a ser quadrimestral sem glosa no 1º quadrimestre, então assim, conseguiríamos vencer os gargalos com a burocratização, solicitação constante de inclusão de procedimentos de valores de complementação da tabela SUS para o modelo que extingue a lógica e a ideia do estratégico e foca na obtenção de resultados ligados na integralidade e ligados na garantia do acesso. Continuando a apresentação: **Gargalos da contratualização vigente e soluções da contratualização proposta: Comparativo – Contratualização Vigente:** Monitoramento manual, com contagem de procedimentos por avaliação de prontuário; constante solicitação de pagamento indenizatório de produção realizada acima do valor contratualizado (extra teto); constante solicitação de inclusão de procedimentos hospitalares, com valor complementar de tabela SUS; burocratização na tramitação de aditivos. **Soluções da Contratualização Proposta:** Monitoramento orientado por desempenho e resultados; não se aplica o conceito de extra teto; os procedimentos hospitalares estão contemplados dentro dos valores das diárias dos leitos, de acordo com o perfil assistencial. Agilidade de aditivos contratuais devido à padronização. **Modelo Vigente: 90% / 10% - Média complexidade e Incentivos Estaduais, Portaria 3410/2013, 60% / 40% Parte pré-fixada (Média complexidade e todos incentivos) - Contratualização Proposta 80% / 20%**. O Secretário informou que antes havia um modelo de 90%/10%, ou seja, pagava 90% e retinha 10% numa avaliação trimestral. A Portaria nº 3410/2013 do Ministério da Saúde recomendava 60% pré-fixado 40% pós e o Estado decidiu adotar o modelo 80%/20%. Maior orçamentação global pré-fixada daquele contrato, onde daquela orçamentação global no 2º quadrimestre aplicaria sobre 20%, o score de desempenho que determinará se vai dar ou não o desconto no pagamento do 2º quadrimestre daquele percentual de 20% mais pagamento de produção da alta complexidade. **Parte Pré-Fixada -** A composição do valor total a ser contratualizado será formada por uma parte pré-fixada e outra pós-fixada, tendo a forma de repasse definida nesta Portaria. **Parte Pré-Fixada (Orçamentação Global)** – A parte pré-fixada, com orçamentação global, será definida com base na capacidade instalada e no perfil assistencial na Unidade Hospitalar e vinculada aos seguintes critérios: Habilitação, qualificação e disponibilidade de leitos, conforme valores definidos no Anexo I da Portaria nº 076-R, de 19/05/2022; qualificação e disponibilidade de leitos de Sala Vermelha – Pronto Socorro; consultas ambulatoriais especializados no novo modelo de regulação ambulatorial – Auto Regulação Formativa Territorial (ARFT) conforme valores definidos no Anexo I da Portaria n° 076-R, de 19/05/2022; incentivos federais e efetivação de repasses federais. A parte Pré-fixada (Orçamentação Global) se conseguiu padronizar. O Secretário informou que tem uma quantidade de proporção de leitos habilitados, que criaram um Estatuto da Habilitação Estadual, no qual conseguiram padronizar cada leito de cirurgia geral, de ortopedia, de clínica médica e que chegaram uma definição de valores. Uma Resolução da Comissão Bipartite faz habilitação desses leitos por meio de Resolução da CIB e leitos habilitados estadualmente passam a receber aquela remuneração. O mesmo explicou que se vier uma habilitação federal o hospital não vai ganhar a habilitação estadual, mas habilitação federal. A habilitação federal é só uma fonte pagadora daquela habilitação estadual. Cada hospital ficará obrigado a ter no mínimo 10 leitos de sala vermelha, que é algo fundamental para a garantia de acesso principalmente na vaga zero do SAMU, na rede de urgência e emergência em todo o Estado do ES. **Parte Pós-Fixada –** Fica com o pagamento ligado a oncologia que não teve modificação, a procedimentos de alta complexidade, ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação(FAEC) que são procedimentos que o Governo Federal paga por produção (cirurgias bariátricas, a cardiologia e aquisição complementar de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico(SADT) externo - SADT externo - “quero comprar tomografia para atender a referência regional”. O valor de tomografia é paga por produção e com base no valor da tabela SUS. A compra de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico(SADT) externo passa ser também ofertada como pagamento por produção nesses hospitais e tendo como valor de referência a tabela SUS. **Indicadores de Qualidade e Desempenho Hospitalar – Política de Contratualização Proposta em 8 Dimensões:** 1- Qualificação da Estrutura e Processos; 2 - Qualificação de pessoas; 3 - Segurança Assistencial; 4 - Experiência do usuário; 5 - Acesso ao sistema; 6 - Eficiência no uso do leito; 7 - Continuidade dos cuidados; 8 - Avaliação e auditoria. Nessas 8 dimensões tem-se um conjunto de pontos que vão somar 100 pontos. Se na avaliação no quadrimestre somar 90 pontos, tem desconto no contrato. Daqueles 20% na orçamentação global se aplicaria 25% de desconto se o hospital pontuar 84 pontos. **Indicadores de Qualidade e Desempenho Hospitalar – Score Máximo:** qualificação da estrutura e processos 10,0 score; qualificação de pessoas 10,0 score; segurança assistencial 20,0 score; experiência do usuário 10,0 score; acesso ao sistema 20,0 score; eficiência no uso do leito 15,0 score; continuidade dos cuidados 5,0 score; avaliação e auditoria 10,0 score, perfazendo um total 100,0. O desempenho alcançado, em cada uma das apurações quadrimestrais impactará no repasse financeiro dos 20% do valor global pré-fixado. **1 - Qualificação da Estrutura e Processos – Descrição:** 1.1 – Atender a Legislação Brasileira - **Meta:** 100% dos alvarás e licenças atualizadas, em até 12 meses após a assinatura do convênio – score 5,0; **Descrição:** 1.2 – Certificação de Organização Nacional de Acreditação (ONA) – **Meta:** Apresentar no 1º Quadrimestre o Plano de Certificação – Cronograma, e obter e manter a certificação alcançada, conforme Hospital Estruturante**:** ONA nível 1 em 18 meses; ONA nível 2 em 30 meses; ONA nível 3 em 42 meses após a celebração do convênio. **Hospital Estratégico:** Certificação ONA 1 em 18 meses. **Hospital Apoio:** Certificação pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 18 meses – score5,0. **2 – Qualificação de Pessoas – Descrição:** 2.1 – Qualificação do corpo clínico **– Meta:** 50% do corpo clínico atende ao requisito de possuir titulação de especialista em uma das especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; 70% em até 18 meses e 80% em até 36 meses após a celebração do convênio – score 5,0. **Descrição:** 2.2 –Qualificação do corpo de enfermagem e equipe multiprofissional de apoio **– Meta:** Apresentar Plano de Educação Continuada ativo com meta de 2 horas de treinamento/funcionário mês – imediato - score 5,0. **3 – Segurança Assistencial – Descrição:** 3.1 – Eventos adversos infecciosos graves **– Meta:** Notificar os eventos adversos infecciosos em plataforma a ser definida pela SESA – score 10,0. **- Descrição:** 3.2 – Eventos adversos não infecciosos graves **– Meta:** Notificar os eventos adversos não infecciosos graves em plataforma a ser definida pela SESA – score 5,0. **- Descrição:** 3.3 – Reinternações Hospitalares **– Meta:** Notificar as reinternações hospitalares em plataforma a ser definida pela SESA – score 5,0. **4 – Experiência do Usuário – Descrição:** 4.1 – Experiência do usuário – **Meta:** Parâmetro de Transição: - Indicador 50 NPS no 4º mês do primeiro quadrimestre. Carência dos primeiros 3(três) meses para implantação, monitoramento e avaliação – score 10,0. – Pesquisa avaliada pela metodologia do - **Net Promoter Score**(NPS) – Indicador padronizado a partir do segundo quadrimestre. 5 pts - atingir o NPS 50, 10 pts - atingir o NPS 65. **5 – Acesso ao Sistema – Descrição:** 5.1 – Acesso Hospitalar **– Meta:** 100% dos pacientes aceitos dentro do perfil – score 4,0. **- Descrição:** 5.2 – Tempo de Regulação **– Meta:** 100% das solicitações respondidas em até 2 horas – score3,5. **– Descrição:** 5.3 – Acesso pela ARFT **– Meta:** 1º Quadrimestre: 10-20% dos atendimentos por meio de opinião formativa. A partir do 2º Quadrimestre: 15-40% dos atendimentos por meio de opinião formativa – score 3,5. **– Descrição:** 5.4 – Prazo de atendimento das consultas da ARFT (Presencial ou por telemedicina) **– Meta:** 1º Quadrimestre: 70% dos atendimentos nos prazos estabelecidos no Anexo II. – A partir do 2º Quadrimestre: 95% dos atendimentos nos prazos estabelecidos no Anexo II – score 4.0. **– Descrição:** 5.5 – Fila Cirúrgica – Prazos para realização das cirurgias: - Emergente: Até 6 horas, - Urgentes: Até 24 horas, - Eletivo Urgente: Até 14 dias, - Eletivo (Essencial): Até 90 dias, Eletivo Não Essencial: Até 150 dias. **– Meta:** 1º Quadrimestre: 70% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos. A partir do 2º Quadrimestre: 95% dos pacientes do território de abrangência atendidos dentro dos prazos – score 5,0. **6 – Eficiência no uso do Leito** – **Descrição:** 6.1 – Eficiência no uso dos recursos, com análise nos indicadores abaixo: Internação por causas sensíveis à atenção primária; média de permanência; taxa de reinternação; condições adquiridas. **Meta** – Alcançar, até o 18º mês de assinatura do convênio, o percentil de 75% do referencial brasileiro do Diagnosis Related Group(DRG) para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínicano perfil brasileiro. **– Meta:** Alcançar, até o 24º mês de assinatura do convênio, o percentil de 50% do referencial brasileiro do DRG para os indicadores definidos, levando em consideração a complexidade clínica. score 15,0. **7 – Continuidade dos Cuidados – Descrição:** 7.1 –Acompanhamento dos pacientes após alta hospitalar. **Meta:** Acompanhamento, nos primeiros 30 dias, os pacientes de alta, de todas as clínicas, através de “call center” ou mensagens eletrônicas com detecção de falhas de continuidade e ações para sua correção, conforme abaixo: 1º Quadrimestre: 20% das altas; 2º Quadrimestre: 40% das altas; 3° Quadrimestre: 80% das altas - score 5,0. **8 – Avaliação e Auditoria –** Profissionalização com a contratualização de uma equipe de auditoria independente. **Descrição:**  1.2 – Cumprir as obrigações definidas no convênio de contratualização, avaliadas pela auditoria externa independente. **Meta:** cumprir e manter 95% das obrigações elencadas em até 06(seis) meses após a celebração do convênio - score 0 a 10,0. Os indicadores acima deverão constar no Documento Descritivo, em que poderá ainda, acrescer ou reduzir indicadores, de acordo com o perfil assistencial e característica de cada hospital. A ficha técnica de cada indicador constará no documento descritivo. **Requisitos e Níveis de Atenção –** Requisitos para a prestação de Serviços Especializados de Assistência Ambulatorial à Saúde. Os serviços especializados ambulatoriais serão contratados na modalidade hora de serviço e deverão compreender atividades médicas assistenciais desenvolvidas por meio de telemedicina, consultas compartilhadas, atendimentos presenciais, e emissão de opinião formativa, assim entendida como a avaliação e a orientação técnica especializada sobre condutas clinicas a serem adotadas pelos profissionais solicitantes. A proposta é micro regionalizar 21 especialidades médicas (Nível I ao Nível IV). Nível I - 8,8H/Mês - Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia. Nível II – 3,4H/Mês – Geriatria, Cardiologia, Ortopedia e Traumatologia, Psiquiatria, Angiologia. Nível III – 2,8H/Mês – Dermatologia Sanitária, Neurologia Clinica Adulto, Endocrinologia e Metabologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Gastrenterologia, Radiologia e Diagnóstico por imagem Endoscopista. Nível IV – 1,6H/Mês – Cardiologista – apoio diagnóstico, Neurologia Pediátrica, Reumatologia, Pneumologia, Nefrologia. Nível V – 0,8H/Mês – Atendimento em Neurofisiologia (Eletroneuromiografia), Hematologia e Hemoterapia, Cardiopediatria, Alergologia e imunologia, Infectologia, Mastologia, Neurocirurgia. Nível VI – 0,3H/Mês – Uroginecologia, Hepatologia, Genética Médica, Urologia Pediátrica, Nutrologia, Endocrinopediatria, Reumatologia Pediátrica, Psiquiatria infantil, Nefrologia Pediátrica, além de 40 especialidades médicas. **Número Máximo de Habitantes Vinculados a um Único Especialista** – Nível I – 4 mil habitantes; Nível II – 3,4 H/Mês 182 mil habitantes; Nível III – 2,8H/Mês 217 mil habitantes; Nível IV – 1,6H/Mês 378 mil habitantes; Nível V – 0,8H/Mês 756 mil habitantes; Nível VI – 0,3H/Mês 2,09 mil habitantes. **Critérios para composição:** - Micro regionalização, acesso rodoviário, decisão do gestor, otimização das estruturas e contratos existentes. Não é necessário continuidade territorial. **Polos – Região Central Norte:** Micro Polo São Mateus (04 Municípios) – Conceição da Barra, Jaguaré, Pedro Canário, São Mateus – População abrangente: 218.335 habitantes. Micro Polo Nova Venécia (10 Municípios) – Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Ecoporanga, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pinheiros, Ponto Belo, Vila Pavão. População abrangente: 212.264 habitantes. Micro Polo Linhares (08 Municípios) – Águia Branca, Alto Rio Novo, Governador Lindemberg, Linhares, Marilândia, Rio Bananal, Sooretama, Vila Valério – População abrangente: 279.866 habitantes. Micro Polo Colatina (06 Municípios) – Baixo Guandu, Colatina, Mantenópolis. Pancas, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha – População abrangente: 213.084 habitantes. **– Região Sul:** Micro Polo Caparaó (12 Municípios) – Alegre, Apiacá, Bom Jesus do Norte, Divino São Lourenço, Dores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Irupiu, Iúna, Jerônimo Monteiro, Muniz Freire, São José do Calçado – População abrangente: 181.547 habitantes. Micro Polo Centro Sul (05 Municípios) – Atílio Vivacqua, Cachoeiro de Itapemirim, Mimoso do Sul, Muqui, Vargem Alta – População abrangente: 283.912 habitantes. Micro Polo Litoral Sul (08 Municípios) – Alfredo Chaves, Anchieta, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma, Presidente Kenedy, Rio Novo do Sul – População abrangente: 175.518 habitantes. **- Região Metropolitana:** Micro Polo Santa Teresa (08 Municípios) – Fundão, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, São Roque do Canaã – População abrangente: 145.737 habitantes. Micro Polo Serrana (08 Municípios) – Afonso Cláudio, Brejetuba, Castelo, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Ibatiba, Marechal Floriano, Venda Nova do Imigrante – População abrangente: 196.512 habitantes. **- Grande Vitória:** Micro Polo Aracruz (03 Municípios) – Aracruz, João Neiva, Ibiraçu – População abrangente: 130.367 habitantes. Micro Polo Serra – Serra – População abrangente: 517.510 habitantes. Micro Polo Vitória – Vitória – População abrangente: 362.097 habitantes. Micro Polo Vila Velha (02 Municípios) – Vila Velha, Guarapari – População abrangente: 618.697 habitantes. Micro Polo Cariacica (02 Municípios) – Cariacica, Viana – População abrangente: 459.524 habitantes. **Prestação de Serviço de Saúde baseada em Contratos de Desempenho –** O tempo resposta às solicitações realizadas será, no máximo, de 72 (setenta e duas) horas. Prazos para realização dos atendimentos autorizados: Muito Alto Risco – Até 10 dias; Alto Risco – Até 14 dias; Médio Risco – Até 30 dias; Baixo Risco – Até 60 dias. O Secretário explicou que na prática desenharam o modelo da fila zero. Modelo onde o hospital é pago de acordo ao desempenho da garantia de tempo de acesso. Foi apresentado também a **Tabela de Valores de Diária de Leitos Hospitalares Habilitados e Qualificados para Contratualização** onde a planilha define os valores das diárias dos leitos e aí pelo Leito de Clínica Médica pagando a diária do Hospital Estruturante de R$175,00 reais. Nos R875,00 reais, está incluindo todos os procedimentos, todos os medicamentos, tudo que for necessário para a resolução do cuidado daquele paciente, ou mesmo, na Enfermaria Psiquiátrica, na Clínica Cirúrgica ou na Clínica Ortopédica. O Secretário aproveitou para informar que abriram serviços de ortopedia com cirurgia eletiva em Venda Nova do Imigrante, Guaçuí, Itapemirim. Ampliaram hospitais próprios no Estado - Santa Teresa, na perspectiva de ampliarem a capacidade de ofertas. Melhoraram e ampliaram a ortopedia em Barra de São Francisco no Hospital Roberto Silvares e do Hospital Silvio Avidos em Colatina. E ai de acordo com o valor da diária pelo número total de leito, se faz os cálculos de quanto vai ser o preço naquele hospital. Apresentou também outros valores e outros tipos de leitos, onde o pagamento por valor global é de R$120/hora ambulatorial e por 120/hora o hospital terá que ofertar Telessaúde/Telemedicina – consultas presenciais componente formador de 2 a 6 consultas/hora equivalente ao mínimo mensal de 346 e máximo de 1039 consultas. O Secretário apresentou a **Tabela Simulação da Valoração de Hospitais Estruturantes** (de como se especifica um contrato). **Dispositivo de Transição:** **Leitos da Sala Vermelha** - os hospitais deverão disponibilizar 10(dez) leitos de sala vermelha no Pronto Socorro ou, se adequar, no prazo de 06(seis) meses. **Extra Teto –** os faturamentos extra teto do período anterior à assinatura do novo convênio serão preservados e pagos mediante comprovação da execução e instrução processual. **Etapas -** **Implementação da Nova Política Estadual de Contratualização da Participação Complementar ao SUS:** **20/04/2022** – Reunião de Apresentação aos Filantrópicos; **Maio** – Retorno dos filantrópicos à SESA sobre dúvidas e/ou considerações; **A partir de junho** – Iniciou a nova contratualização com hospitais estruturantes; **A partir de julho** – nova contratualização com os demais hospitais. O mesmo informou que já temos quase 20 hospitais que assinaram a nova Política Estadual de Contratualização. A nova política estadual de contratualização com a rede complementar visa ampliar a **governabilidade** para a **gestão dos leitos** bem como a **autonomia** da **gestão de recursos** **e serviços** prestados ao SUS capixaba. O Secretário informou que na perspectiva de estarem certos terá uma proposta de nova contratualização extremamente arrojada, inovadora e em condições de poder apresentar uma ampliação gigantesca da quantidade de cirurgias eletivas, consultas ambulatoriais, exames e organização da rede. Que a partir desse momento, cada hospital terá o seu território. Explicou que estarão reduzindo o tamanho da média complexidade ambulatorial, jogando-a para média complexidade hospitalar ou como núcleo de apoio direto territorial de ação da família, de modo que uma hérnia inguinal diagnosticada na atenção básica, ela poderá ser encaminhada direto ao Cirurgião Geral do hospital que opera naquele território. Falou que estão simplificando os procedimentos de acesso e para poder modernizar essa relação, iniciaram uma implantação de uma nova plataforma chamada **Acesso e Confia**, onde já traz a telemedicina, a segunda opinião, a vinculação, todas as regras de negócios, inclusive o NPS dentro dessa plataforma. Diante de todos esses elementos apresentados estabeleceram uma grande mobilização das estruturas da SESA com a Federação das Entidades Filantrópicas na pactuação dessa modelagem que já inicia a sua execução. O Secretário Nésio fez um reconhecimento público a todos aqueles que se dedicaram a construção desse modelo dentro da SESA, a todos os trabalhadores e trabalhadoras do SUS no Estado do Espírito Santo que de maneira muito arrojada consolidaram um desenho que pudesse de fato fazer o Sistema Único de Saúde se orientar a ter a sua relação com as entidades privadas orientadas por uma expectativa e por mecanismo de desempenho com garantia de acesso. Na Secretaria de Contratualização, de Regulação, da Atenção à Saúde, nas Regionais, a Federação das Entidades Filantrópicas, do ICEPi um conjunto grande de trabalhadores que se mobilizaram para a construção desse modelo. Informou que a expectativa era iniciar no ano de 2020, mas, no entanto, em janeiro de 2020 iniciaram as tentativas com a Federação das Entidades Filantrópicas e, que em seguida, veio a Pandemia. Para se organizar a rede, é necessário de um tempo de estabilidade. Não dava para especificar um contrato a cada 30, 60, 90 dias, tínham que aumentar a quantidade de leitos, perfil de leitos. Conquistou-se, apostou-se na ciência, nas vacinas e no SUS, um momento melhor de estabilidade do controle da Pandemia, que permitiu o Estado do Espírito Santo repensar toda a regionalização, toda a rede hospitalar do Estado. Com esses elementos o Secretário Nésio concluiu a sua apresentação inicial sobre o Modelo da Nova Contratualização e se colocou à disposição para possíveis esclarecimentos. O Presidente Ricardo Ewald agradeceu a apresentação do Secretário Nésio e em seguida abriu o espaço para que fossem feitas as perguntas caso houvesse e iniciou perguntando ao Secretário se já está em vigência o novo modelo de contratualização. O Secretário informou que sim e assinado com quase 20 hospitais no Estado. O Mansour Cadais Filho/FAMOPES saudou a todos, parabenizou o Secretário pela apresentação e comentou que não tem dúvidas, mas sim uma constatação por que observando essa proposição no sentido de estar, exatamente, diminuindo aquele gargalo que havia, aquele afunilamento que tanto o angustiava os usuários e na expectativa e na esperança, de que o novo modelo consiga diminuir essa demanda e observa também a preocupação com a desjudicialização. Porque antes havia uma cultura dos Estados, dos Municípios e até os servidores nas recepções existentes, que induziam os usuários a judicializar. Era uma prática muito comum. Observa agora essa preocupação em desjudicializar, não para que se perca seu direito, de um direito, mas sim de que não venha a ter a judicialização, pois tem um custo e se houver um atendimento digno, o acesso necessário, não haverá a necessidade de estar judicializando e sim de desjudicializar, diminuindo o custo das ações que anteriormente eram abertas. Agradeceu e parabenizou novamente o Secretário. O Secretário confirmou e agradeceu a colocação e explicou que as judicialização no SUS quase chegou a 220 milhões de reais por ano. Disse que conseguiram reduzir no ano passado para menos de 90 milhões de reais. Genecy Teixeira de Oliveira/MITRA saudou a todos e informou que foi um trabalho intenso, envolvendo muitos trabalhadores, uma apresentação rápida e de qualquer forma surgem dúvidas, mas gostaria de saber em relação aos envolvimentos dos municípios nesse processo de territorialização, se eles entram nessa proposta automaticamente ou se teve envolvimento com seminários, debates para que eles participem desse processo ou é mais ou menos parecidos com o processo de consórcio dos municípios. O Secretário agradeceu a colocação da Genecy e explicou que o sistema de regulação já faz a vinculação do profissional de atenção básica com o especialista de referência. A nova aplicação que está entrando em funcionamento e que passou por 2 meses de transição, oficinas com os municípios, auto cadastro, vinculação e que tem todos os nossos cadastros conferidos na plataforma. Essa plataforma semana que vem, já vem com o cadastro de medicina também, podendo fazer consulta on-line e presencial. Ela já traz a regra de vinculação, onde cada equipe terá um especialista vinculado a ela. Isso o próprio sistema já faz. O Secretário informou que já fizeram várias oficinas com os municípios, treinamentos com os prestadores e esse processo se dar na aplicação. A oferta do Estado está toda ofertada nesse modelo. Os municípios a partir da semana que vem, poderão fazer a oferta dos serviços próprios deles, também dentro do mesmo sistema. O Governo do Estado vai dar aos municípios acesso ao sistema para organização do complexo municipal que já é feito hoje, e que na verdade só estão substituindo a plataforma atual por uma nova que vai ser mais completa e que irá permitir melhor monitoramento. Genecy perguntou se algum Estado do País já trabalha com esse modelo. O Secretário informou que não, mas que tinham experiência nas regiões: Sul, Sudeste, Bahia, São Paulo, Ceará e Minas Gerais e que agruparam em um único. Genecy disse esperar que melhore o atendimento da população dos municípios mais afastados da Grande Vitória e em seguida agradeceu. Márcio Flávio Soares Romanha/CUT saudou a todos e em seguida perguntou sobre a questão do atendimento do interior do Estado e a questão dos Polos (Noroeste, Norte, Sul e Grande Vitória) será disponibilizado consultas, exames, cirurgias e hemodiálise ou se eles precisarão continuar vindo para cá. O Secretário informou que a hemodiálise já regularizou muitos processos no Estado e que hoje tem serviços em quase todas as micro regiões, inclusive irão inaugurar mais um serviço em Barra de São Francisco. Informou que temos 21 especialidades médicas já composta na pactuação dela sendo ofertada no município ou na micro região. Os municípios poderão se juntar por meio de consórcio, ou de um município polo, que contrate um hospital filantrópico, ou por um município que queira ofertar para toda a micro região esse serviço e o Estado coloca 6 e 30 percápita ano. Na pactuação do município coloca 6 e 30 e pegar mais 6 e 30 do teto mac dos municípios e coloque nessas ofertas. O processo de micro regionalização já está pactuado em Resolução CIB e nesse momento está em licitação em diversos lugares. Informou que ontem foi a licitação de dois polos da região norte que irão fazer pelo consórcio, um em São Mateus e o outro em Nova Venécia. Explicou que já temos o serviço funcionando no polo do Caparaó, temos a região central sul (Cachoeiro para baixo – litoral sul também) que está viabilizando via hospital filantrópico com consórcio, a oferta desses serviços. Os hospitais de cada região, ficarão responsáveis pela oferta das cirurgias eletivas também. Aquilo que não está no micro polo e está no hospital. O Secretário exemplificou: Hospital Evangélico de Cachoeiro atende à demanda do Sul, portanto, o Evangélico e Itapemirim serão da Região do Micro Polo Sul. A Santa Casa de Guaçuí atende a Ortopedia da Região do Caparaó, então micro regionalizou também a referência do hospital que dava para micro regionalizar e aquelas especialidades que exigem uma complexidade maior, maior escala até para ter qualidade do serviço, deixaram na referência Regional, no caso da referência da Oncologia, em Cachoeiro. Dessa maneira a redução da quantidade de pacientes se deslocando fora das regiões já é muito significativa. Informou que haviam feito um grande processo nesses 3 anos na região Sul, Central e Norte de tirarem referências da Grande Vitória para colocarem na própria região. Citou uma conversa que teve com o Secretário Henrique de São Mateus, onde o mesmo perguntou ao Secretário Henrique como estava sendo a ida para Vitória com o transporte de pacientes. O Secretário Henrique informou que antes tinham 3 ônibus por dia para Vitória e que agora não consegue encher 1 ônibus de pacientes para Vitória. O Secretário Nésio explicou que esse movimento acontece desde 2019 e com os micro polos irá avançar ainda mais, porque abriram o polo de cirurgia oftalmológica em Conceição da Barra. Informou que a fila de Catarata na Região Norte, Região do Rio Doce e Região Sul estão zeradas e com mais de 3.000 consultas/mês ofertadas no Hospital Evangélico, só de Oftalmologia. Esses grandes avanços são estruturantes somado ao longo desses 3 anos e a nova contratualização veio para melhorar ainda mais essas questões para simplificar o acesso. Disse que até o Nível 4, a ideia é que o município oferte na micro região e no município e os Níveis 5 e 6, o Estado banque na contratualização com os hospitais filantrópicos ou hospitais próprios geridos pela SESA, Filantrópicos e Fundação. Marcio Romanha agradeceu ao Secretário o esclarecimento e parabenizou a apresentação. O Presidente Ewald deu a palavra ao Pablo Reis Garcia Perez/SINFES que saudou a todos e informou que havia uma dúvida na apresentação onde foi colocado o modelo 80/20 migrando do 90/10. Perguntou quais os critérios foram adotados para o modelo 80/20 sendo que a recomendação é 60/40. O Secretário Nésio explicou que se trabalha com as perspectivas da sustentabilidade do modelo da ideia do custo fixo, de um custo potencialmente variável de acordo com o desempenho. A prefixação dos hospitais filantrópicos, ela trabalha com patamares financeiros de valores na prefixação que paga menos do que custa a gestão direta, paga menos do que custa a gestão por OS e do que custa a gestão pela fundação. É um modelo com melhor relação custo e benefício de prestação de serviços e se ampliar muito o desconto poderiam perder o equilíbrio econômico do contrato e já significa um percentual de redução da receita muito significativo, quando se aplicamos 90% sobre 20%. Um contrato de R$10.000.000,00 milhões de reais haveria um desconto de R$1.800.000,00 um milhão e oitocentos mil reais por mês, durante 4 meses se não alcançarem todas as metas. É uma penalização bem significativa, capaz de induzir uma busca pelo bom desempenho do hospital e garantir o equilíbrio do contrato. O Secretário explicou que existe um elemento que não foi colocado na apresentação onde menciona que se o hospital, reiteradas vezes, não cumprir o contrato e colapsar, o próprio contrato prever dispositivos de intervenção do Estado naquele hospital. Informou que abriram cláusulas de contrato que pudessem, inclusive, subsidiar em alguma situação absurda de descumprimento contínuo do contrato e não garantindo o acesso a capacidade da intervenção do Estado naqueles contratos, então, tudo isso ficou desenhado dentro da política e do novo modelo da nova contratualização. O Presidente Ewald passou a palavra ao Alexandre Coutinho Sattler/SINFES que saudou a todos e perguntou ao Secretário Nésio como o mesmo está deslumbrando a avaliação do controle social, principalmente, aos indicadores de desempenho hospitalar. Se vai ter uma plataforma, um site, que o controle social possa adentrar e conhecer os indicadores e desempenho da rede hospitalar contratualizada. Como é que está essa perspectiva da divulgação da transparência dessas informações. O Secretário Nésio explicou que a expectativa de incluírem o NPS é justamente a perspectiva de ter o dado de experiência do usuário. O mesmo informou que todos os indicadores, avaliação dos hospitais, que estiverem lá, serão dados públicos. A SESA terá uma plataforma a partir do segundo quadrimestre, um site onde todos esses indicadores de avaliação de cada contrato estarão sendo colocados para acesso dos Conselheiros, da Sociedade, das Instituições e Órgãos de controle externo. A perspectiva é dar a plena transparência naquilo que os contratos tem previsto como expectativas de resultados e aquilo que de fato eles estarão produzindo para o fortalecimento da relação de confiança com a sociedade. Os gestores públicos recebem uma missão de poder fazer bem tudo aquilo que lhes delega a gestão pública, respeitando os princípios e a transparência e a participação social, vem se consolidando como um melhor caminho para conquistar a confiança da população. Para que as decisões não sejam decisões frágeis, não sejam só decisões de Governo. Que elas possam permanecer mais tempo e na perspectiva de fortalecer a transparência, os indicadores serão todos publicados em site da SESA e a outra questão é a plataforma da DRG, onde terá um espaço para notificar eventos adversos graves, infecciosos ou não e também, as reinternações e as condições sensíveis a atenção básica. Tudo isso será notificado na própria plataforma DRG. O João Carlos dos Santos/SINDNAPI-ES informou que esteve em uma unidade hospitalar para atender uma denúncia de maus tratos com uma idosa e o hospital comunicou ao conselheiro que não tinham contrato com o Conselho, mas sim, com a SESA. Que o hospital não sabia nada sobre o Conselho Estadual. Mediante a este fato, solicitou ao Secretário Nésio cópia dos contratos dos hospitais, para que pudessem ter um conhecimento melhor quanto ao contrato firmado com os respectivos hospitais. O Secretário Nésio informou que irá solicitar o encaminhamento de todos os contratos para o Conselho Estadual, mas esclareceu ao Conselheiro que todos os contratos assim que são assinados, os extratos são enviados para o diário e o contrato para o site da SESA. O mesmo Informou que temos na avaliação de auditoria 10 pontos no score, a onde a criação de todos os conselhos e comissões, ela é avaliada, se o hospital não tiver com os conselhos e comissões em funcionamento, ele pode ser penalizado por regra do contrato. Reforçou que temos dispositivos de cobrança de garantia da transparência da participação social dentro dos conselhos de cada unidade dessa. O Secretário Nésio agradeceu o espaço, a gentileza, as boas perguntas e colocações apresentadas e em seguida finalizou a sua apresentação. O Presidente Ewald agradeceu ao Secretário pela presença e informou que se houvesse mais alguma pergunta, que fosse enviada para o CES, que providenciariam a resposta via assessoria do Secretário e devolveriam para quem perguntou. O Presidente Ricardo Ewald passou para o **1º ponto de Pauta – Deliberação da CIOF – Relatoria: Mesa Diretora via Comissão Intersetorial de Orçamento e Finanças –** onde o mesmo passou a palavra para o **Paulo Roberto Alves Guimarães/SESA** que saudou a todos e iniciou informando que o Parecer da CIOF é relativamente adequações das metas e indicações naqueles dois pontos sobre a questão da hemodiálise e de acordo com a Nota TécnicaNº 001/2022/SSEPLANTS/GPEDI. O mesmo apresentou o Parecer da CIOF: *“****CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE - COMITÊ INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANÇAS – CIOF - MESA DIRETORA DO CES. REFERÊNCIA: Adequação das metas e indicadores do Plano Estadual de Saúde - PES 2020-2023 - NOTA TÉCNICA Nº 001/2022/SSEPLANTS/GPEDI e Adequação das ações da PAS 2022 – Programação Anual de Saúde - NOTA TÉCNICA Nº 002/2022/SSEPLANTS/GPEDI. PARECER:*** *O presente parecer é relativo adequação das metas e indicadores do Plano Estadual de Saúde - PES 2020-2023, bem como na Programação Anual de Saúde para o ano de 2022 – PAS 2022, conforme descrito nas NOTAS TÉCNICAS Nº 001 e 002/2022/SSEPLANTS/GPEDI. Considerando que o PES 2020-2023 é o instrumento normativo utilizado pelos gestores do SUS como ferramenta de gestão que define as diretrizes, objetivos e metas para o período; considerando que a Programação Anual de Saúde – PAS é o**instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados; considerando que o planejamento estratégico do SUS é um processo dinâmico, sujeito a ajustes em função de alterações dos cenários de saúde ao longo do tempo, seja para maior eficiência na execução das metas pactuadas ou para inserção de novos conteúdos diante de alterações do contexto epidemiológico-sanitário, econômico e social; considerando que foram constatadas algumas necessidades de ajustes nas metas originalmente construídas e implementadas no decorrer da execução do PES 2020-2023 e; considerando, ainda, que ao se promover correções e atualizações no PES 2020 – 2023, tais ações necessitam ser descritas e quantificadas nas Programações Anuais de Saúde e conforme sugerido na Nota Técnica 002/2022/ SSEPLANTS/GPEDI, propõe-se que haja alterações na PAS 2022;* ***a CIOF sugere ao Pleno a aprovação das adequações das metas e indicadores do Plano Estadual de Saúde – PES 2020-2023 e na PAS – Programação Anual de Saúde 2022 nos termos das NOTAS TÉCNICAS Nº 001 e 002/2022/SSEPLANTS/GPEDI, em anexo.*** *Vitória, 08 de Agosto de 2022. Andréa Cellin/Coordenadora CIOF”*.Também apresentou a Nota Técnica Nº001 e 002/2022/SSEPLANTS/GPEDI onde informa: Nota Explicativa à CIOF/CES ES - relativa à NOTA TÉCNICA Nº 001/2022/SSEPLANTS/GPEDI, que trata da solicitação de inclusão de novas metas no PES 2019-2023 e encontra-se em análise no CES. A CIOF/CES solicita informações complementares em relação à proposta de alteração da meta 1.4.4, que apresentou a seguir. OBJETIVO 4: Ampliar e implementar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças e Agravos Crônicos em todas as regiões de saúde. ***Onde se lia:*** 1.4.4 - Habilitar, junto ao Ministério da Saúde, de forma regionalizada, serviços especializados em nefrologia para diálise peritoneal de pacientes com doença renal crônica - Número de serviços habilitados.***Passa a valer a nova redação da meta e do indicador***:1.4.4 - Reduzir o tempo de espera para disponibilização de vagas para hemodiálise dos pacientes hospitalizados - Percentual de vagas de hemodiálise disponibilizadas em até 72 horas. Anexou abaixo as informações disponibilizadas no RAG 2020, 2021 e 1° RDQA 2022, todas já enviadas ao CES - RAG 2020 e 2021 já aprovados, 1º RDQA 2022 em apreciação - onde fica bem caracterizada a reestruturação da política de TRS e os avanços significativos obtidos ao longo destes 03 anos. A meta original inserida no PES 20219-2023 buscava alternativas para tratamento em tempo adequado aos pacientes renais crônicos por meio da diálise peritoneal. Entretanto, com as diversas medidas de gestão adotadas, foram significativamente ampliadas as vagas de hemodiálise, com ampliação de novos serviços e mais vagas nos serviços existentes, garantindo que 90% das novas demandas sejam atendidas em até 72h (77% em 24h), praticamente, eliminando filas de espera para TRS. Assim, a nova meta busca monitorar a continuidade da garantia de acesso em tempo adequado (até 72h), preservando os resultados obtidos no momento (sem filas) e evitando a permanência indevida de pacientes com Doença Renal Crônica em ambiente hospitalar pela demora no acesso às clínicas de TRS. Este monitoramento indicará também a eventual necessidade de ampliação da oferta e/ou redistribuição das vagas de TRS entre as diversas clínicas habilitadas nas 03 regiões de saúde, evitando disparidades de acesso entre as regiões. **Transcrição do conteúdo do RAG 2020, 2021 e 1º RDQA 2022 em relação à meta 1.4.4: RAG 2020:** No tocante à TRS, houve ampliação do número de vagas de hemodiálise nos serviços existentes **(276 novas vagas), com aumento de 2631 para 2907 (aumento de 10,5%) das vagas SUS contratualizadas**. Também foi implementado o monitoramento do tempo resposta para desospitalização de pacientes, foi atualizado o Protocolo de Desospitalização e formulados os Protocolos de Trânsito, Transferência e Ambulatorial e foi elaborada a Instrução Normativa do ﬂuxo regulatório, formulário de solicitação de vaga e formulário de solicitação de transferência. A atualização e formulação de documentos padronizados, assim como o monitoramento contínuo do número de vagas dos serviços contratualizados contribuíram para a implementação da operacionalização do processo regulatório realizado pela SESA, propiciando a melhoria do fluxo de acesso aos serviços de TRS. **RAG 2021:** Relativamente à meta 1.4.4, **houve a centralização da regulação dos pacientes de TRS** e a atualização dos protocolos de acesso. O processo de regulação já se desenvolve conforme protocolos atualizados. **A disponibilização de vagas em até 72 horas para hemodiálise de pacientes hospitalizados alcançou em 2021 88,5% das vagas solicitadas (foram regulados 531 pacientes e desses 470 tiveram a vaga garantida em até 72 horas).** **A disponibilização de vagas em até 72 horas para TRS de pacientes ambulatoriais alcançou em 2021 100% das vagas solicitadas (foi garantida vaga para todos os 112 pacientes em até 72 horas).** 1º RDQA 2022: Relativamente à meta 1.4.4, no primeiro quadrimestre de 2022 foi dada continuidade à centralização da regulação dos pacientes de TRS no nível central da SESA, desenvolvida conforme protocolos atualizados. **A disponibilização de vagas em até 72 horas para hemodiálise de pacientes hospitalizados alcançou nesse quadrimestre 89,5% das vagas solicitadas - foram recebidas 196 solicitações de vagas de tratamento de Terapia Renal Substitutiva para pacientes internados**. Dessas solicitações, 12 foram canceladas e 184 foram reguladas em até 72 horas). Das 184 vagas reguladas obtivemos o seguinte resultado: 142 respondidas até 24 horas (77,10%), 16 respondidas em até 48 horas (8,7%), 07 respondidas em até 72 horas (3,8%). Disse estar à disposição dessa Comissão e do Pleno do CES para quaisquer esclarecimentos complementares. Vitória, 05 de agosto de 2022. **GPEDI/SSEPLANTS/SESA.** Paulo Roberto Alves Guimarães/SESA informou que conseguiram alcançar todos os planos e agora estão trabalhando só com a diminuição do tempo de espera daquelas regiões que foram contempladas em seguida passou a palavra para o Presidente Ewald que explicou como é matéria deliberativa, ficaria em aberto se alguém tivesse alguma fala que poderia se inscrever e em seguida deliberaria votando sobre o assunto em pauta. Informou que não havendo manifestação, entrariam em regime de votação e que seria nominal e os favoráveis se manifestassem dizendo se aprova o pleito. A Secretária Executiva Cynara Azevedo comunicou que foram 17 votos a favor. O Presidente Ricardo Ewald informou que pela votação indicada, está aprovado a matéria. O mesmo seguiu para o **3º ponto de pauta – Deliberações da Plenária e Conferência – Relatoria: Comissão Organizadora da Etapa Estadual da 5ª CNSM e da Plenária Estadual de Saúde.** O Mansour Cadais Filho/FAMOPES agradeceu e informou da mudança da data, conforme programado anteriormente, porque a licitação deu **Deserto** e informou que o processo foi aberto novamente e até o dia 15/08/22 já teremos abertura do pregão e o resultado para socializarmos com o pleno do conselho e com os demais municípios. Informou que já foi programado uma live aquecedora para delegados e delegadas não perderem o foco em relação aos debates que fizeram em todas as etapas municipais e regionais com relação as propostas. Comunicou que no dia 29/08/22 às 09:30h vai acontecer a reunião da Coordenação Estadual para tratarem sobre a 16ª Plenária Estadual de Conselho de Saúde; que estará reunido com todos os coordenadores municipais para, exatamente, rever, inclusive, participações, porque já faz muito tempo que foram feitas estas inscrições e com certeza já houve modificações nos membros desses conselhos e precisa ser revisto. Informou que seria basicamente isso e que estariam aguardando no dia 15/08/22 o resultado desse novo pregão em relação ao local e realização da 16ª Plenária Estadual de Saúde e da Etapa Estadual da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Em seguida, passou a palavra para o Coordenador de Projeto Alexandre de Oliveira Fraga que agradeceu ao Mansour, saudou a todos e em seguida informou que a comissão organizadora discutiu e chegaram no entendimento de que até por conta do processo eleitoral que está em nosso Estado e o envolvimento dos atores sociais que estão envolvidos nesse processo de campanha eleitoral, chegaram à conclusão que não seria possível a realização dessa Etapa Estadual e Conferência antes do 1º Turno da eleição. A proposta que foi trabalhada consta no edital de convocação, o edital do pregão eletrônico, conforme o Mansour informou que será feito a disputa no dia 15/08/22. Informou que a Comissão Organizadora propõe a realização da Etapa Estadual da Conferência para os dias 04 a 06 de Outubro, logo após a realização do 1º turno das eleições. Explicou que no dia 04/10/22 (Terça-feira) irá acontecer a 16ª Plenária de Conselho de Saúde e nos dias 05 e 06/10/22 será realizado a Etapa Estadual da Conferência. Alexandre informou que realizarão no dia 22/08/22 uma Live com todos os delegados e delegadas que foram eleitos para Etapa Estadual e que espera contar com os delegados e as pessoas que se colocaram pelo Conselho Estadual de Saúde. Lembrou que das vagas que o Conselho Estadual de Saúde dispõe algumas, ainda, não foram preenchidas. Explicou que é uma situação preocupante, porque entendemos que é uma matéria extremamente importante para o controle social, a questão das Políticas de Saúde Mental e o Conselho Estadual da Saúde dispor de vagas e não ocuparem essas vagas para participarem dessa conferência, é preocupante e que isso precisa ser tratado pelo Pleno do Conselho. Explicou que no dia 22/08/22 teremos essa Live com os delegados, delegadas e com as representações dos Conselhos Municipais para mantermos esse processo de mobilização em torno da conferência ativo. Lembrou que é a quinta vez que alteram a data da conferência. Primeiro em decorrência do calendário nacional e agora em decorrência do próprio processo licitatório que acabou fracassando o pregão eletrônico e que agora esperam que dê tudo certo, que possam realizar os eventos nesse período. Alexandre informou também que no dia 22/08/22 a Comissão de Relatoria irá apresentar aos delegados o consolidado das propostas regionais. A equipe de relatoria trabalhou, incansavelmente, nesse último período, na consolidação do conjunto de propostas que surgiram nas 3 etapas regionais da conferência e esse material será apresentado e enviado aos delegados para que eles já possam ir estudando os temas, as propostas, porque é esse conjunto de propostas que estarão sendo submetidos ao debate e a votação na Etapa Estadual da Conferência e que as pessoas, os delegados possam construir as suas emendas, fazendo os ajustes necessário e que essa matéria possa ser amplamente discutidas pelos movimentos sociais, pelos fóruns, pelas entidades e com todos os seguimentos que compõem o controle social do SUS. Espera que todos os segmentos, todos os atores e entidades que compõem o Conselho Estadual de Saúde se empenhem na mobilização desses delegados e delegadas para a conferência e que a realização de um evento tão brilhante, de qualidade, tenha uma produção significativa e com propostas interessantes a serem levadas a Conferência Nacional que como já sabido de todos, foi transferida para Maio do próximo Ano. Alexandre informou que o Plenário precisa baixar uma Resolução deliberando a acolhida da nova data da Conferência Estadual e da Plenária para que, com isso produzir os efeitos legais necessários. O Presidente Ricardo Ewald explicou a necessidade de aprovar as datas de 04 a 06/10/22 para emitir a Resolução e se alguém tivesse alguma posição em contrário que se manifestasse. Não havendo manifestação contrária considerou as datas 04 a 06/10/22 para a 16ª Plenária de Conselho de Saúde e a Etapa Estadual da Conferência aprovadas, registrada e oficializada. Nada mais havendo a tratar, o Presidente Ricardo Ewald agradeceu a todos e encerrou a Reunião Extraordinária às 15h17min.  **Cynara Azevedo**  Secretária Executiva  Conselho Estadual de Saúde – CES/ES  **Ricardo Ewald**  Presidente  Conselho Estadual de Saúde – CES/ES |
|  |  |
|  |  |