



ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DOS CONTRATOS DE GESTÃO

## RELATÓRIO COMACG

RELATÓRIO COMACG Nº 04/2024 - GMAE-CG/SUPECC/SES/GO

CONTRATO DE GESTÃO Nº 45/2022 - SES/GO

HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

13 DE JUNHO DE 2023 A 31 DE DEZEMBRO DE 2023

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE  
INSTITUTO PATRIS

Goiânia, maio de 2024

### 1. INTRODUÇÃO

Trata-se da avaliação semestral realizada pela Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão – COMACG no que diz respeito às metas de produção e desempenho referentes ao Contrato de Gestão nº 45/2022–SES/GO, celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO) e Organização Social de Saúde (OSS) Instituto Patris, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços do Hospital Estadual de Luziânia-GO – HEL.

A COMACG fora instituída pela Portaria nº 518/2018 SES-GO, de 11 de junho de 2018, com o objetivo de monitorar e avaliar os Contratos de Gestão firmados entre a SES/GO e as OSS, acompanhando o desempenho das instituições em consonância com as diretrizes do Contrato de Gestão e demais legislações.

No entanto, por estarem diretamente ligadas à Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão/Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios (GMAE-CG/SUPECC/SES/GO), participaram da avaliação as demais coordenações da referida Gerência, assim como a Gerência de Custos (GEC) com o intuito de conferir uma avaliação mais abrangente acerca da atuação da OSS na Unidade Hospitalar.

Preliminarmente, informa-se que para o acompanhamento dos resultados, a GMAE-CG e a Gerência de Custos (GEC) utilizam os sistemas eletrônicos de informação, a saber: Sistema de Prestação de Contas Econômico-Financeiro (SIPEF), para controle financeiro e contábil da execução contratual; Sistema de Gestão das Unidades de Saúde (SIGUS) da Secretaria de Estado da Saúde – (SES), para monitoramento de resultados assistenciais e dos indicadores de qualidade; e *Key Performance Indicators for Health* (KPIH), para a o acompanhamento de custos apurados pelas Unidades de Saúde.

Metodologicamente, o monitoramento semestral foi estruturado da seguinte forma: reunião presencial conforme lista de presença (v. 56043598), no dia 23 de janeiro de 2024 (ata, v. 56042448) com apresentação dos dados de produção (quantitativos e qualitativos) pela Organização Social. Diante disso, a COMACG apresentou apontamentos para a OSS, com o intuito de promover a melhoria do processo de gerenciamento.

A partir de então, abriu-se prazo de 10 (dez) dias para que a Organização Social produzisse o seu relatório de execução, o qual foi encaminhado por meio de Relatório de Justificativa de Produção (v. 56495137), para acompanhamento, monitoramento, avaliação e fiscalização da unidade de saúde:

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO, Item 5.5. "O PARCEIRO PRIVADO apresentará semestralmente ou sempre que recomendar o interesse pública prestação de contas, mediante relatório de execução deste CONTRATO DE GESTÃO, (...)".

De posse de todos os dados, a GMAE-CG procedeu pela consolidação das informações.

É imperioso ressaltar que, dada a complexidade dos dados avaliados, cada **Coordenação/Gerência** foi responsável pela elaboração do relatório técnico de **sua respectiva área e competência**. Isto é, a partir da avaliação e análise proferida por cada coordenação, conforme seu objeto de trabalho, dentro de sua competência técnica e especificidade, os dados foram compilados e consolidados em um único Relatório nº 04/2024 - COMACG/GMAE-CG/SUPECC/SES/GO, referente ao período 13 de junho de 2023 a 31 de dezembro de 2023.

Por oportuno, reforça-se que as análises aqui apresentadas não limitam ou sobrepõem a avaliação individual, diária, contínua, de cada coordenação integrante da referida Gerência, bem como de cada Superintendência que compõe a SES-GO, conforme os seus processos de trabalho, posto que o Relatório de Execução traz um consolidado de informações referentes a um período específico que pode divergir do período de emissão dos relatórios internos de cada coordenação.

### 2. ANÁLISE DOS DADOS

A Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão (COMFIC), após análise do Relatório de Execução encaminhado por meio do Ofício ( v.56495137) e de acordo com o

monitoramento, passa a informar.

## 2.1. Análise realizada pela Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão (COMFIC)

### 2.1.1. Indicadores e Metas de Produção

**Internações (saídas hospitalares):** contemplam as saídas de clínicas médica, clínica obstétrica, cirurgias programadas e clínica cirúrgica com produção total de 2.460 saídas, frente a 3.544 contratadas. Ou seja, **não cumpriu** a meta, visto que ficou fora da margem de variação estipulada no contrato de gestão (até 10%).

- Clínica Médica: a unidade realizou 602 internações de 1.320 contratadas no período, atingindo uma eficácia de 45,61%.
- Clínica Obstétrica: foram realizadas 720 internações de 686 contratadas no período em que foi avaliado, atingindo uma eficácia de 104,90%.
- Cirurgia Programada: foram realizadas 722 cirurgias de 686 contratadas no período em que foi avaliado, atingindo uma eficácia de 105,19%.
- Clínica Cirúrgica: foram realizadas 416 internações de 851 contratadas no período em que foi avaliado, atingindo uma eficácia de 48,86%.

Tabela 01 - Produção da Parte Fixa: saídas hospitalares

Internações ( Saídas Hospitalares)	Meta	13/06 a 30/06	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Contratada	Realizado	Eficácia
Clínica Médica	200	41	71	99	77	86	95	133	1.320	602	45,61%
Clínica Obstétrica	104	68	109	109	104	110	110	110	686	720	104,90%
Cirurgia Programada	104	81	104	109	105	105	98	120	686	722	105,19%
Clínica Cirúrgica	129	40	59	47	52	59	82	77	851	416	48,86%
<b>Total</b>	<b>537</b>	<b>230</b>	<b>343</b>	<b>364</b>	<b>338</b>	<b>360</b>	<b>385</b>	<b>440</b>	<b>3.544</b>	<b>2.460</b>	<b>69,41%</b>

Fonte: SIGUS.

Dentre as justificativas (v. 56495137), sobre as **saídas hospitalares**, o Instituto Patris justifica:

Cerca de **80% dos pacientes do HEL são provenientes do pronto socorro**, enquanto apenas 20% são oriundos da regulação. Essa distribuição se deve ao perfil de pacientes encaminhados para o hospital, onde o mesmo não possui certas especialidades específicas tais como neurologia e cardiologia fator este que implica no encaminhamento dos pacientes com essas demandas para outros hospitais que possuem essas especialidades, **o fato de a unidade não ter algumas especialidades também implica numa menor quantidade de pacientes encaminhados pelo CRE**, ou seja fatores alheios a unidade.

Outro ponto que impactou negativamente o não cumprimento de meta foi a diminuição de leitos, **por determinação da SUVISA**, para que o HEL pudesse se adequar as normas da RDC 50, a Clínica Médica somente poderia operar com 24 leitos (antes a unidade contava com 31 leitos), fator desencadeante para a diminuição das saídas, uma vez que não há como produzir tantas saídas por mês com o número menor de leitos, este mesmo cenário aconteceu com os leitos de clínica cirúrgica que houve a redução para 18 leitos (antes a unidade contava com 23 leitos). Ou seja nesse contexto, a diminuição dos leitos **não apenas compromete a eficácia operacional do hospital, mas também estabelece um obstáculo** significativo para atender às expectativas de desempenho e qualidade assistencial preconizadas (grifo nosso).

Neste sentido, a Comissão solicitou a manifestação da Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação (SUREG), que por respondeu meio do Despacho nº 294/2024 (59893346), a saber:

Após análise situacional não apenas da unidade, mas **sim do contexto da rede assistencial de saúde do município e região esta Gerência de Regulação de Internações da Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação acata as justificativas da unidade** em detrimento **exclusivamente da sobrecarga na qual a unidade** tem passado em decorrência de alto número de atendimentos de demanda espontânea.

Observa-se que há uma alta procura na unidade de municípios de Luziânia principalmente na Porta de entrada, e tal situação é esperada devido a localização da unidade. Entretanto, é de suma importância uma organização com o município do hospital para que haja fluxos melhores estabelecidos e que outros municípios da região também tenham acesso adequado e equânime à unidade. Ademais, a Secretaria Estadual de Saúde iniciou a reorganização de suas portas de entrada hospitalares em todas as unidades de gestão estadual, tendo como parceiros nesse processo o Ministério Público Estadual e COSEMS (grifo nosso).

Assim sendo, a COMACG acata a sugestão da Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação (SUREG), e portanto **não haverá** ajuste financeiro a menor no que tange as saídas hospitalares.

No que tange **às cirurgias**, o ajuste contratual foi estruturado contemplando as cirurgias programadas e ambulatoriais. A unidade realizou um total de 1.823 cirurgias frente a 1.848 contratadas ficando assim com uma eficácia de 98,65% ao planejado para o período, ou seja **cumpriu** a meta, visto que ficou dentro da margem de variação estipulada no contrato de gestão (até 10%).

- Cirurgia Programada: a unidade realizou 724 cirurgias frente a 686 contratadas, atingindo uma eficácia de 105,48%, ou seja **cumpriu** a meta no período avaliado.

- Cirurgia Ambulatorial: a unidade realizou 1.102 cirurgias frente a 1.162 contratadas, atingindo uma eficácia de 94,87%, ou seja **cumpriu** a meta, visto que ficou dentro da margem de variação estipulada no contrato de gestão (até 10%).

Tabela 02 - Produção da Parte Fixa: cirurgias

Cirurgias	meta	13/06 a 30/06	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Contratada	Realizado	Eficácia
Cirurgia Programada ( REGULATROM )	104	80	104	109	105	106	97	123	686	724	105,48%
Cirurgia ambulatorial	176	71	198	216	172	147	171	127	1162	1102	94,87%

Fonte: SIGUS.

Informamos que, de acordo com o anexo V, item III, tabela 01, no Contrato de Gestão nº45/2022 indica que as cirurgias tanto eletivas quanto ambulatoriais tem linhas próprias o sistema de repasse, a saber :

#### SISTEMA DE REPASSE

##### 1 – REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE - Hospital Regional de Luziânia - HRL

1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.1. A atividade assistencial a ser contratada subdivide-se em 02 (duas) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no Despacho nº 960/2021 (v. 000023840387), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT contido no SEI nº 202100010000417.

1.2. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o Hospital Regional de Luziânia - HRL

##### a. Internações Hospitalares

a.1) Saídas de Clínica Médica;

a.2) Saídas de Obstetrícia;

a.3) Saídas Cirúrgicas;

a.4) Saídas Programadas.

a.5) Internações em leitos de UTI adulto

##### b. Cirurgias Programadas e Ambulatoriais

##### c. Consultas Ambulatoriais

c.1) consulta médica na atenção especializada

c.2) consulta multiprofissional na atenção especializada

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO.

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO.

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	PORCENTAGEM (%)
Internações Hospitalares	79%
Leito dia	14%
Atendimentos Ambulatoriais	03%
Cirurgias	02%
SADT Externo	02%
TOTAL	100%

O **atendimento ambulatorial** contempla as consultas médicas e não médicas. A unidade realizou um total de 13.085 atendimentos frente a 12.580 contratadas atingindo então uma eficácia de 104,02% ao planejado para o período, ou seja **cumpriu** a meta no período avaliado.

- Consultas médicas: a unidade realizou um total de 7.448 atendimentos médicos frente a 7.352 contratadas atingindo uma eficácia 101,30%.

- Consultas não médicas: a unidade apresentou um total realizado de 5.637 consultas não médicas frente a 5.227 contratadas, atingindo uma eficácia de 107,84%.

Tabela 03 - Produção da Parte Fixa: atendimento ambulatorial

Atendimento ambulatorial	Meta	13/06 á 30/06	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Contratada	Realizado	Eficácia
Consulta médica	1.114	993	929	1368	1109	1005	951	1093	7.352	7.448	101,30%
Consulta não médica	792	769	894	1.087	841	795	724	527	5.227	5.637	107,84%
Total	1.906	1.762	1.823	2.455	1.950	1.800	1.675	1.620	12.580	13.085	104,02%

Fonte: SIGUS.

Já o **Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico Externo ofertado e realizado** diz respeito aos exames de apoio diagnóstico interno e externo básicos para um suporte adequado e de qualidade. A OSS apresentou um total de 9.496 exames externos realizados frente a 8.910 contratados para o período atingindo uma eficácia de 106,58% ao planejado para o período, ou seja **cumpriu** a meta no período avaliado.

Tabela 04 - Produção da Parte Fixa: SADT Externo realizado.

SADT Externo ( realizado)	Meta	13/06 á 30/06	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Contratada	Realizado	Eficácia
Colonoscopia	60	34	36	42	33	51	47	36	396	279	70,45%
Ecocardiograma	40	0	28	26	29	38	31	18	264	170	64,39%
Eletrocardiograma	80	33	67	208	184	103	122	133	528	850	160,98%
Endoscopia	50	19	21	49	36	29	41	33	330	228	69,09%
Raio X	80	251	180	405	153	394	453	472	528	2.308	437,12%
Tomografia	600	199	306	393	549	275	360	298	3.960	2.380	60,10%
USG/Doppler	40	90	31	27	55	23	71	110	264	407	154,17%
USG	400	234	497	449	551	320	324	499	2.640	2.874	108,86%
Total	1.350	860	1.166	1.599	1.590	1.233	1.449	1.599	8.910	9.496	106,58%

Fonte: SIGUS.

Quanto ao **Hospital dia**, a unidade apresentou 900 atendimentos realizados frente a 1.162 contratados com uma eficácia de 77,48%, ou seja, **não cumpriu** a meta, visto que ficou fora da margem de variação estipulada no contrato de gestão (até 10%).

Tabela 05 - Produção da Parte Fixa: hospital dia.

Hospital dia	Meta	13/06 a 30/06	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Contratada	Realizado	Eficácia
	176	27	43	338	73	144	144	131	1.162	900	77,48%

Fonte: SIGUS.

No que tange ao **hospital dia**, a OSS justificou através do Relatório de Justificativas de Produção - HEL (56495137), a saber:

É de imperativa relevância destacar que, mesmo com o efetivo início do atendimento a pacientes do perfil hospital-dia, constatamos que **nossa estrutura não se encontra plenamente capacitada para suprir a demanda contratual** inerente a essa modalidade assistencial. Essa identificada limitação foi prontamente comunicada através de Ofício, datado de 9 de fevereiro de 2023, no qual solicitamos a celebração de um aditivo contratual visando à exclusão dessa atividade, além da necessária adequação dos leitos, em conformidade com as estipulações da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 50. É salutar mencionar, contudo, que até a presente data não obtivemos um retorno oficial acerca do pleito apresentado, o que resultou na continuidade dos atendimentos conforme as disposições previstas no contrato vigente. A dificuldade na implementação plena do atendimento ao perfil de paciente hospital-dia advém, em grande medida, da necessidade de uma adaptação parcial em nossa infraestrutura e da subsequente adequação dos leitos no sistema MV.

A COMACG acata tais justificativas tendo em vista a falta de espaço físico na unidade para comportar de forma satisfatória o número de leitos necessários para atender os pacientes e compreende ainda que existe uma necessidade urgente ou de revisão do Guia de Qualificação, ou de nova adequação de perfil dos leitos-dia em todos os estabelecimentos de saúde estaduais afim de sanar toda e qualquer dúvida sobre esta linha de contratação.

Ante o exposto, apesar de a OSS não ter atingindo as metas contratuais nas linhas de produção no que tange as **saídas hospitalares** e o **hospital dia** a COMACG **acatou** as justificativas enviadas pelo parceiro privado. Assim sendo **não haverá** sugestão de ajuste financeiro a menor na **parte fixa**.

### 2.1.2. Indicadores e Metas de Desempenho - Parte variável

Os Indicadores de Desempenho estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida pela unidade aos usuários, e mensuram a eficiência, efetividade dos processos da gestão.

**Taxa de Ocupação** - a meta de desempenho é igual ou  $\geq 85\%$ , sendo que a média para o 1º trimestre foi de 67,33% e no 2º trimestre a média foi de 70,36%.

**Média de Permanência Hospitalar (Dias)** - a meta é igual ou  $\leq 4$  (Dias), sendo que a média para o 1º trimestre foi de 3,11% e no 2º trimestre a média foi de 3,72%.

**Intervalo de substituição** - a meta é igual ou  $\leq 17$ , sendo que a média para o 1º trimestre foi de 1,53 e no 2º trimestre foi de 1,58.

**Taxa de Readmissão em UTI (48 hs)** - a meta é igual ou  $< 5\%$ , sendo que a média para o 1º trimestre foi de 2,94% e no 2º trimestre foi de 6,06%. Observação: conforme Contrato de Gestão 45/2022, o indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

**Taxa de Readmissão hospitalares (29 dias)** - a meta é igual ou < 20%, sendo que a média para o 1º trimestre foi de 5,30% e no 2º trimestre foi de 12,90%. Observação: conforme Contrato de Gestão 45/2022, o indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

**Percentual de ocorrência de glosas** - a meta é igual ou ≤ 1%, a unidade atingiu uma média de 0,82% 1º trimestre e 9,56% 2º trimestre. Observação: conforme Contrato de Gestão n. 45/2022 esse indicador é usado apenas como monitoramento, portanto não computou para para efeito de desconto financeiro.

**Percentual de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais causas relacionadas a unidade** - a meta é igual ou ≤ 1, a unidade atingiu uma média de 0,32% no 1º trimestre e 1,95% no 2º trimestre.

**Percentual de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais causas relacionadas ao paciente** - a meta é igual ou ≤ 5%, a unidade atingiu uma média de 4,67 no 1º trimestre e 3,22 % no 2º trimestre.

**Percentual de Partos Cesáreos** - a meta é igual ou ≤ 15%, sendo que a média para o 1º e 2º trimestre foi de 100%. Observação: conforme Contrato de Gestão n. 45/2022 esse indicador é somente para efeito monitoramento e acompanhamento.

**Taxa de aplicação da escala de Robson nas parturientes submetidas a cesárea** - a meta é igual a 100%, sendo que a média para o 1º trimestre foi de 79,87% e no 2º trimestre a média foi de 100%.

**Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicação (Farmacovigilância)** - a meta é igual ou ≥ 95% e não houve reações adversas tanto para o 1º quanto para o 2º semestre.

**Razão do quantitativo de consultas ofertadas** - a meta é 1, sendo que a média para o 1º trimestre foi de 1 e no 2º trimestre a média foi de 0,87.

**Percentual de exames de imagem com resultado em até 10 dias** - a meta é igual ou maior do que 70%, sendo que a média foi de 100% tanto no primeiro quanto no segundo trimestre.

**Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS** - para esse indicador a meta é igual ou menor do que 5%, sendo que a média para o 1º trimestre foi de 0,60 e no 2º trimestre a média foi de 0,44%.

A OSS apresentou uma pontuação global de 9.60 para o primeiro trimestre e de 9.30 para o segundo trimestre.

Tabela 06 - Produção da Parte Variável: **Indicador de desempenho Trimestral.**

Indicadores de desempenho	Meta	Julho	Agosto	Set	Media do trimestre	% Execução em relação a meta	Nota de desempenho	Pontuação global	Valor a receber da nota de desempenho
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥85%	66,39%	69,14%	66,47%	67,33%	79%	7	9,60	100,00%
Média de Permanência Hospitalar (dias)	≤4 (Dias)	4,03	2,06	3,24	3,11	122%	10		
Intervalo de Substituição	≤ 17	2,04	0,92	1,63	1,53	191%	10		
Percentual de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais causas relacionadas a unidade	≤ 1%	0,00%	0,00%	0,95%	0,32%	168%	10		
Percentual de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais causas relacionadas ao paciente	≤ 5%	0,00%	7,34%	6,67%	4,67%	107%	10		
Taxa de aplicação da escala de Robson nas parturientes submetidas a cesárea	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	10		
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicação (Farmacovigilância)	≥ 95%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	105%	10		
Razão do quantitativo de consultas ofertadas	1	1	1	1,00	1,00	99,87%	9		
Percentual de exames de imagem com resultado em até 10 dias	≥ 70%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	143%	10		
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%	0,65%	0,47%	0,67%	0,60%	188%	10		

Fonte: SIGUS.

Conforme Contrato de Gestão n. 45/2022, os indicadores **Percentual de ocorrência de glosas e o percentual de partos cesáreos** são usados apenas como monitoramento, portanto o indicador não computou para para efeito de desconto financeiro.

Indicadores desempenho	Meta	Julho	Agosto	Set	Media do trimestre	% execução em relação á meta	nota
Percentual de ocorrência de glosas	≤ 1%	0,00%	0,00%	2,47%	0,82%	118%	10
Percentual de Partos Cesáreos	≤ 15%	33%	39%	42,00%	38,00%	-53,33%	0

Fonte: SIGUS

Da mesma forma, os indicadores **Taxa de Readmissão em UTI (48 hs)** e **Taxa de Readmissão hospitalares** devem ser realizados mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Indicadores desempenho	Meta	Julho	Agosto	Set	Media do trimestre	% Execução em relação a meta	nota
Taxa de Readmissão em UTI (48 hs)	< 5%	6,25%	2,56%	0,00%	2,94%	141%	10
Taxa de Readmissão hospitalares	≤ 20%	0,00%	6,22%	9,68%	5,30%	98,68%	9

Fonte: SIGUS

Tabela 07- Produção da Parte Variável: **Indicador de desempenho Trimestral.**

Indicadores de desempenho	Meta	Out	Nov	Dez	Media do trimestre	% Execução em relação a meta	Nota de desempenho	Pontuação global	Valor a receber da nota de desempenho
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥85%	66,48%	71%	73,91%	70,36%	82,77%	8	9,30	100,00%
Média de Permanência Hospitalar (dias)	≤4 (Dias)	3,85	4	3,63	3,72	76,73%	7		

Intervalo de Substituição	≤ 17	1,94	1,53	1,28	1,58	190,71%	10
Percentual de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais causas relacionadas a unidade		3,81%	2,04%	0,00%	1,95%	195,00%	
	≤ 1%						10
Percentual de suspensão de cirurgias programadas por condições operacionais causas relacionadas ao paciente		0,95%	2,04%	6,67%	3,22%	199,36%	
	≤ 5%						10
Taxa de aplicação da escala de Robson nas parturientes submetidas à cesárea	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	10
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicação (Farmacovigilância)		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	105,26%	10
Razão do quantitativo de consultas ofertadas	1	0,597	1	1	0,87	86,57%	8
Percentual de exames de imagem com resultado em até 10 dias		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	142,86%	10
	≥ 70%						
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS		0,39%	0,60%	0,34%	0,44%	199,91%	
	< 5%						10

Fonte: SIGUS.

Dessa forma, a COMACG informa que de acordo com a Tabela IV, para o primeiro trimestre, referente ao repasse de desempenho realizado, de acordo com a pontuação global das metas de desempenho, o valor a receber do desempenho de 9 a 10 é de 100% .

Conforme Contrato de Gestão n. 45/2022, os indicadores **Percentual de ocorrência de glosas e o percentual de partos cesáreos** são usados apenas como monitoramento, portanto não computou para para efeito de desconto financeiro.

Indicadores de monitoramento	Meta	Out	Nov	Dez	Media do trimestre	% execução em relação a meta	Nota de desempenho
Percentual de ocorrência de glosas	≤ 1%	14,48%	4,63%	*	9,56%	-756,00%	0
Percentual de Partos Cesáreos	≤ 15%	49%	49%	40%	46,00%	-106,67%	0

Fonte: SIGUS.

Os indicadores **Taxa de Readmissão em UTI (48 hs)** e **Taxa de Readmissão hospitalares** devem ser realizados mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Indicadores de monitoramento	Meta	Out	Nov	Dez	Media do trimestre	% Execução em relação a meta	Nota de desempenho
Taxa de Readmissão em UTI (48 hs)	< 5%	0,00%	0,00%	6,06%	6,06	79%	7
Taxa de Readmissão hospitalares	≤ 20%	6,30%	3,68%	2,92%	12,90	135,50%	10

Fonte: SIGUS.

A Organização Social apresentou os dados dos Indicadores de Desempenho conforme estabelecido no Contrato de Gestão nº 45/2022–SES/GO atingindo uma pontuação 9.60 no primeiro trimestre e de 9.30 no segundo trimestre, **atingindo** a meta contratualizada conforme contrato de gestão, **não havendo** desconto financeiro a menor referente a **parte variável**.

## 2.2. Análise realizada pela Coordenação de Acompanhamento Contábil (CAC)

A Coordenação de Acompanhamento Contábil (CAC) informa que tem por escopo de suas atribuições a avaliação e o monitoramento diário da prestação de contas, inseridas pelas Organizações Sociais, por intermédio do Sistema de Prestação de Contas Econômico Financeiro (SIPEF), relativos aos diversos hospitais e policlínicas, por elas gerenciadas, por intermédio de contratos de gestão, celebrados pelo Estado de Goiás, através da Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO).

Uma outra atribuição desempenhada por esta Coordenação, tange à avaliação mensal de todos os documentos que são remetidos pelas OS, por intermédio do "Kit Contábil" (Balancetes Analíticos; Livro Diário; Livro Razão; Folha de Pagamento Sintética e Análitica; Extratos Bancários; E-Social). Tais informações contidas nestes documentos são analisadas e confrontadas com as informações/documentos que foram inseridas diariamente/mensalmente, no SIPEF, pelas OS.

Neste sentido, a CAC procede a avaliação diária da regularidade ou não de todas as despesas e/ou pagamentos empreendidos pelas OS's, por intermédio do SIPEF, sob o prisma financeiro e contábil, conforme regulamentação contida na Portaria nº 1038/2017 - GAB/SES-GO.

Caso seja detectada pela equipe técnica da CAC alguma inconsistência e/ou irregularidade, o SIPEF possui uma ferramenta que permite a este setor técnico incluir restrições inerentes aos lançamentos que foram analisados, classificando-os pela terminologia de "Erro Formal", "Outras Não Conformidades" e "Dano ao Erário".

Um outro ponto a ser ressaltado, tange à avaliação do Fluxo de Caixa Mensal, no qual é possível mensurar a movimentação financeira dos recursos utilizados pelas OS, pelo acompanhamento do resultado do saldo anterior, das novas entradas de recursos, das receitas provenientes das aplicações financeiras, mediante a dedução de todos os pagamentos executados por estas entidades a cada mês. A consolidação destes dados é apresentada à Organização Social semestralmente, via Relatório de Acompanhamento Financeiro e Contábil.

Este conjunto de dados e documentos, relativos às informações contidas no SIPEF, no "Kit Contábil" e no Relatório de Acompanhamento Financeiro e Contábil, são sintetizadas e condensadas pela CAC, semestralmente, na forma de uma Nota Técnica. Tal documento é remetido à OS para manifestação e correção das restrições ali inseridas, sendo oportunizado a estas entidades a regularização dos apontamentos que permaneceram restritos, sob o âmbito financeiro e contábil.

Com base nesta síntese de informações, a CAC pondera que a prestação de contas, relativo ao Hospital Estadual de Luziânia (HEL), sob a gestão da Organização Social Instituto Patris, ressalta que a CAC considera que a prestação de contas está em conformidade com normatividade contida na Portaria nº 1038/2017 - GAB/SES-GO (SIPEF - Metodologia D+1), bem como o envio das respostas às restrições efetivadas por esta Coordenação por meio deste sistema (prazo de 5 dias). Todas as restrições encontradas nas análises do SIPEF foram sanadas pela organização social.

### a) Análise das Demonstrações Contábeis:

a.1) Apresentar os relatórios contábeis dentro do módulo Sistema MV Soul.

a.2) Os saldos do balancete do mês de 10/2023, não conferem com os saldos do balancete do mês subsequente.

a.3) tributos a federais a recuperar no valor de R\$ 11.594,91, a OS deve apresentar os pedidos de compensação, restituição, ou abatimentos em faturas futuras dos devidos fornecedores

a.4) a conta de contratos a executar de fornecedores no passivo não foi apresentada individualmente, logo, a OS deve corrigir o balancete de verificação e reenviar os mesmos com as devidas justificativas das alterações via Ofício para a SES/GO conforme Portaria 1038/2017/SES/GO Art. 4º, apresentar o controle do saldos da subvenção governamental a executar no passivo, referente ao valor de R\$ 1.941.935,68.

a.5) Abaixo, a Demonstração do Resultado do Exercício (DRE) contábil do período em análise, elaborada a partir do balancete contábil entregue por esta OS no último Kit Contábil, conforme regulamentação contida na Portaria nº 1038/2017 - GAB/SES-GO. Tal relatório foi elaborado pela equipe técnica de Contadores da CAC, com o objetivo de evidenciar o percentual de custos e despesas em relação às receitas do período (análise vertical), e desta forma verificar onde o recurso está sendo alocado, como também averiguar os maiores percentuais de gastos no período, proporcionando assim, uma ferramenta de gestão de grande valia para melhor gerir o recurso público na prestação de saúde do Estado de Goiás. A saber a DRE Contábil do período:

DRE GERENCIAL - HEL - PATRIS - 01 a 12 2023			
<b>TOTAL ENTRADAS</b>	54.168.465,83		% Total Ent. x Sai
RECEITAS DE SUBVENÇÃO - CONTRATO DE GESTÃO	52.871.922,14	C	
RECEITAS FINANCEIRAS	1.188.540,34	C	
CONTRIBUIÇÕES E DOAÇÕES VOLUNTARIAS	86.351,58	C	
OUTRAS RECEITAS OBTIDAS	21.651,77	C	
<b>TOTAL CUSTOS</b>	63.125.800,92		117%
CUSTOS COM PESSOAL	18.987.652,38	D	35%
CUSTO COM MATERIAIS	3.154.047,43	D	6%
REFEIÇÕES E ALIMENTAÇÃO	3.106.667,01	D	6%
SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO	420.752,93	D	1%
LIMPEZA E CONSERVAÇÃO	3.780.313,42	D	7%
UTILIDADES E SERVIÇOS	987.895,16	D	2%
SERVIÇOS MÉDICOS	23.536.114,18	D	43%
MANUTENÇÃO PATRIMONIAL	1.476.518,55	D	3%
BENS E BENEFÍCIOS ADQUIRIDOS COM REC.	3.039.794,51	D	6%
LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS	1.130.407,68	D	2%
SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA	362.430,56	D	1%
OUTROS CUSTOS DE USO E CONSUMO	262.104,67	D	0,5%
OUTROS SERVIÇOS	2.881.102,44	D	5%
<b>TOTAL DESPESAS</b>	1.737.568,43		3%
ALUGUEIS OPERACIONAIS	30.406,34	D	0,06%
SERVIÇOS CONTRATADOS	181.250,74	D	0,3%
DESPESAS TRIBUTARIAS	1.865,28	D	0,0%
REEMBOLSOS DESPESAS ADM. SEDE (MATRIZ OS)	1.459.553,21	D	2,7%
DESPESAS BANCARIAS E FINANCEIRAS	64.492,86	D	0,1%
<b>TOTAL SAÍDAS</b>	64.863.369,35		120%
<b>DIFERENÇA ENTRADA X SAÍDA</b>	<b>10.694.903,52</b>		

Fonte: BALANCETE DE VERIFICAÇÃO DE 01 A 12 2023/RELATÓRIO FINANCEIRO DPAG/SES/GO.

% Gastos Serv. Atividade Fim	% Gastos Rateio Matríz OS
43.838.199,49	1.459.553,21
83%	3%

Sobre a análise da DRE, concernente a competência em estudo, de 07 a 12/2023, foi elaborado um relatório gerencial, onde a receita de subvenção governamental foi extraída a partir do relatório financeiro (repasso realizado na competência), versus os gastos incorridos nos custos e despesas do balancete contábil, para assim verificar o percentual dos gastos em relação às entradas do mesmo período, e assim, acompanhar a efetividade dos gastos (análise vertical) sobre as entradas, neste âmbito foi verificado um total de entradas na mesma competência de R\$ 54.168.465,83 (cinquenta e quatro milhões, cento e sessenta e oito mil quatrocentos e sessenta e cinco reais e oitenta e três centavos) (considerados as demais entradas, como as receitas financeiras), contra um total de custos e despesas no valor de R\$ -64.963.369,35 (sessenta e quatro milhões, novecentos e sessenta e três mil trezentos e sessenta e nove reais e trinta e cinco centavos), gerando um déficit no período de R\$ - 10.694.903,52 (dez milhões, seiscentos e noventa e quatro mil novecentos e três reais e cinquenta e dois centavos), nesse âmbito, foi constatado que o Instituto PATRIS ultrapassou o limite de gastos para o ano de 2023 em 20%, quando comparado os custos e despesas incorridas com o repasse realizado para a competência, fato este que a OS deve justificar.

Acerca dos dispêndios com serviços na atividade fim foi constatado um percentual de gastos de 83% sob o total das entradas, fora do limite esperado de 70%, representando assim, um custo a maior para a unidade em percentuais de 13% e em valores R\$ 6.873.349,88 (seis milhões, oitocentos e setenta e três mil trezentos e quarenta e nove reais e oitenta e oito centavos), o Instituto PATRIS deve justificar.

Neste sentido, acerca da DRE, esta OS deve justificar e apresentar de forma documentada, conclusiva e fundamentada acerca do déficit identificado para esta competência, como justificar se os percentuais de custos estão em equilíbrio com as metas previstas e realizadas para este período, como dentro do princípio da economicidade, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

a.6) Ainda sobre a análise contábil, abaixo o balanço patrimonial, também analisado pela equipe técnica de Contadores da CAC:

BALANÇO CONTÁBIL HEL - INSTITUTO PATRIS - 01 a 12 2023		
<b>Ativo Total</b>		<b>6.722.035,03</b>
<b>Disponibilidades</b>		<b>5.674.271,80</b>
Bens	Contas Bancárias - Corrente	-
Bens	Contas Bancárias - Aplicação Custeio	3.766.714,30
Bens	Contas Bancárias - Aplicação Investimentos	258.362,08
Bens	Contas Bancárias - Aplicação Fundo Rescisório Trab.	1.649.195,42
<b>Estoques</b>		<b>1.009.183,19</b>
Bens	Material Hospitalar	433.146,47
Bens	Medicamentos	331.482,01
Bens	Outros Estoques	241.632,46
Bens	Estoque Concedido - Empréstimo	2.922,25
<b>Impostos a Recuperar</b>		<b>-</b>
Direitos	ISS	
<b>Despesas Antecipadas</b>		<b>12.801,77</b>
Direitos	Tributos Federais a Recuperar	11.594,91
Direitos	Seguros a Apropriar	1.206,86
<b>Outros Créditos</b>		<b>25.778,27</b>
Direitos	Adiantamentos a Colaboradores	25.778,27
Direitos	Adiantamentos a Fornecedores	
<b>Diferença Ativo-Passivo</b>	<b>Superávit do Período</b>	<b>1.941.935,68</b>

Fonte: BALANCETE DE VERIFICAÇÃO DE 01 A 12 2023.

Em relação ao balanço patrimonial acumulado do período, a unidade demonstrou bom índice financeiro quando comparado os ativos totais com o total do passivo (obrigações), sendo assim, possuindo recursos suficientes para liquidar o total das obrigações, apresentando um total de disponibilidade nos bancos de R\$ 5.674.271,80 (cinco milhões, seiscentos e setenta e quatro mil duzentos e setenta e oito reais e oitenta centavos), onde deste valor, R\$ 3.766.714,30 (três milhões, setecentos e sessenta e seis mil setecentos e quatorze reais e trinta centavos) refere-se a custeio para a atividade operacional hospitalar.

Já sobre recursos de investimentos, o Instituto PATRIS apresentou um montante de R\$ 258.362,08 (duzentos e cinquenta e oito mil trezentos e sessenta e dois reais e oito centavos) nas disponibilidades, devendo justificar se existem compras pendentes de ativo imobilizado. Por fim, esta unidade hospitalar apresentou um superávit acumulado no balanço desde o início da gestão desta OS, no valor de R\$ 1.941.935,68 (um milhão, novecentos e quarenta e um mil novecentos e trinta e cinco reais e sessenta e oito centavos), contudo se a unidade manter para 2024 os mesmos resultados financeiros de 2023, o Instituto PATRIS diante da gestão da Unidade de Saúde, irá ultrapassar o limite orçamentário estimado no Contrato de Gestão.



TABELA 03

Relatório de composição/evolução de custos									
Hospital Estadual de Luziânia 5/2023 - 11/2023 - Sem Depreciação - Sem Recursos Externos									
Grupo conta de custo	5/2023	6/2023	7/2023	8/2023	9/2023	10/2023	11/2023	Média	% comp.
<b>Custos Fixos</b>									
Pessoal Não Médico	1.628.019,61	1.670.076,82	1.690.879,56	1.740.112,95	1.603.653,92	2.686.427,98	1.580.657,64	1.799.975,50	32,57
Pessoal Médico	1.950.269,70	1.853.531,96	1.807.728,27	1.694.047,76	1.508.658,93	1.509.946,61	1.493.348,95	1.688.218,88	30,54
Materiais de Consumo Geral	20.008,34	57.143,40	9.218,02	10.545,06	9.499,47	7.959,34	7.111,67	17.355,04	0,31
Prestação de serviços	1.205.018,38	1.104.663,15	1.081.275,48	1.082.131,43	837.638,57	779.940,32	728.581,66	974.178,43	17,62
Gerais	330.030,08	329.650,15	283.570,64	280.679,01	253.164,96	250.147,12	282.481,28	287.103,32	5,19
<b>Total</b>	<b>5.133.346,11</b>	<b>5.015.065,48</b>	<b>4.872.671,96</b>	<b>4.807.516,22</b>	<b>4.212.615,85</b>	<b>5.234.421,38</b>	<b>4.092.181,19</b>	<b>4.766.831,17</b>	<b>86,24</b>
<b>Custos Variáveis</b>									
Pessoal Médico	77.800,00	82.680,00	44.770,00	57.450,00	63.144,00	59.103,00	43.070,00	61.145,29	1,11
Materiais e Medicamentos de uso no Paciente	304.014,51	339.825,21	328.652,44	288.176,95	280.104,05	247.596,61	266.540,92	293.558,67	5,31
Materiais de Consumo Geral	15.256,37	9.774,53	15.754,65	11.104,84	10.863,24	13.918,11	10.713,15	12.483,56	0,23
Prestação de serviços	197.745,34	175.286,20	208.953,07	206.772,21	390.644,08	420.176,32	602.769,18	314.620,91	5,69
Gerais	72.677,89	76.609,96	68.354,46	68.828,27	80.694,12	89.534,46	93.932,81	78.661,71	1,42
<b>Total</b>	<b>667.494,12</b>	<b>684.175,90</b>	<b>666.484,62</b>	<b>632.332,27</b>	<b>826.449,49</b>	<b>830.326,50</b>	<b>1.017.026,06</b>	<b>760.470,14</b>	<b>13,76</b>
<b>Total</b>	<b>5.800.840,22</b>	<b>5.699.241,38</b>	<b>5.539.156,58</b>	<b>5.439.848,49</b>	<b>5.038.065,34</b>	<b>6.064.749,88</b>	<b>5.109.207,26</b>	<b>5.527.301,31</b>	<b>100,00</b>

Fonte: KPIH/PLANISA

2.3.4.3. Benchmark

O gráfico **Benchmark** demonstra a composição de custos distribuídos por tipo de centro de custo, sendo que os centros de custos produtivos arcam 67,9% do total dos custos da unidade, seguidos pelo centro de custos auxiliares com 26,3% e o centro de custos administrativos com 5,8%, para o período compreendido entre maio a novembro de 2023, conforme Gráfico 2. Verificamos que o centro de custo produtivo é o mais dispendioso se comparado aos demais, justificando a assistência ao paciente como a principal fonte de despesa na unidade.

GRÁFICO 02

Benchmark - Composição de Custos - 05/2023 - 11/2023



2.3.4.4. Relatório de Ranking de Custos por Centro

No **Relatório de Ranking de Custos por Centro**, o centro de custo "Centro Cirúrgico", aparece alternando entre a 1ª e 2ª posição, no ranking dos dez centros de custos mais onerosos da unidade, para o período avaliado. Os "Serviço de Nutrição e Dietética" e "Serviço de Higiene e Limpeza", que são serviços auxiliares, aparecem entre a 7ª e 11ª posição do ranking, destacando seus altos custos na unidade (Tabela 05).

TABELA 05

Relatório de ranking de custos por centro														
Hospital Estadual de Luziânia 5/2023 - 11/2023 - Sem valores rateados - Sem Recursos Externos														
Descrição	5/2023	Posição	6/2023	Posição	7/2023	Posição	8/2023	Posição	9/2023	Posição	10/2023	Posição	11/2023	Posição
Pronto Socorro	512.689,12	2ª	477.930,06	2ª	483.933,97	3ª	465.653,90	3ª	454.879,59	2ª	597.446,20	3ª	489.427,53	1ª
Centro Cirúrgico	549.175,48	1ª	685.297,88	1ª	557.667,79	1ª	561.666,31	1ª	499.626,50	1ª	616.888,28	2ª	472.475,52	2ª
Centro Obstétrico	346.330,75	6ª	330.496,26	6ª	536.174,40	2ª	488.840,94	2ª	449.118,05	3ª	617.028,10	1ª	437.824,78	3ª
UTI Adulto	366.983,07	4ª	406.865,20	3ª	410.099,67	4ª	381.164,68	4ª	395.055,30	4ª	530.650,33	4ª	394.481,60	4ª
Maternidade Clínica Obstétrica - Alcon	363.822,27	5ª	350.644,19	5ª	359.539,56	6ª	344.631,08	6ª	335.051,06	5ª	378.745,38	5ª	275.991,27	5ª
Enfermaria Adulto - Clínica Médica	400.502,49	3ª	356.173,87	4ª	360.752,49	5ª	344.900,40	5ª	219.856,03	6ª	361.336,81	6ª	256.266,13	6ª
Serviço de Nutrição e Dietética	273.644,03	7ª	202.362,63	8ª	260.858,18	7ª	245.771,31	7ª	218.135,56	7ª	232.219,81	8ª	231.125,98	7ª
Serviço Higiene e Limpeza	179.834,38	11ª	184.751,83	10ª	192.045,42	9ª	192.146,94	8ª	191.305,33	8ª	191.098,38	10ª	170.632,38	8ª
Enfermaria Adulto - Clínica Cirúrgica	154.290,36	14ª	146.714,79	12ª	170.071,35	10ª	148.378,96	10ª	144.538,95	10ª	243.992,16	7ª	164.518,23	9ª
Tomografia	233.176,68	8ª	219.725,37	7ª	227.492,28	8ª	159.275,12	9ª	164.337,86	9ª	134.323,37	13ª	160.437,33	10ª
<b>Sub-Total</b>	<b>3.380.448,64</b>		<b>3.360.963,08</b>		<b>3.558.835,10</b>		<b>3.330.429,65</b>		<b>3.071.902,22</b>		<b>3.903.728,84</b>		<b>3.053.180,76</b>	
Outros Centros de Custo	2.420.391,58		2.338.278,30		1.980.521,49		2.109.418,94		1.966.153,12		2.161.021,04		2.056.026,50	
<b>Total</b>	<b>5.800.840,22</b>		<b>5.699.241,38</b>		<b>5.539.156,58</b>		<b>5.439.848,49</b>		<b>5.038.065,34</b>		<b>6.064.749,88</b>		<b>5.109.207,26</b>	

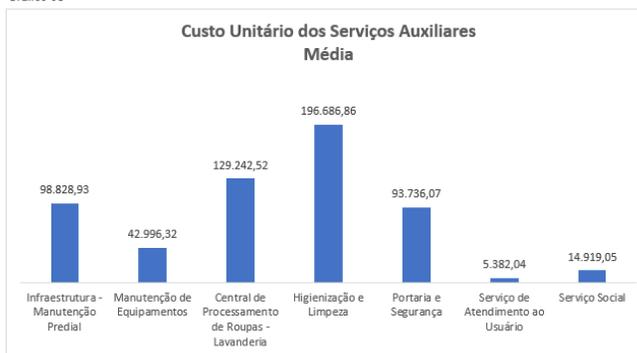
Fonte: KPIH/PLANISA

2.3.4.5. Relatório de Demonstração de Custo Unitário dos Serviços Auxiliares

No **Relatório de Demonstração de Custo Unitário dos Serviços Auxiliares**, os serviços incluídos para este hospital são: manutenção predial, manutenção de equipamentos, documentação do paciente - recepção, central de processamento de roupas - lavanderia, higienização e limpeza, portaria e segurança, serviço de nutrição e dietética para o paciente e para o funcionário, serviço de atendimento ao usuário e serviço social. Destacamos ausência de lançamentos de dados para "Recepção Central", dentro do serviço de "Documentação do Paciente - Recepção", competências outubro e novembro/23, impossibilitando sua análise.

Dentre os Serviços Auxiliares prestados na unidade hospitalar, o de maior custo unitário médio em todo o período analisado foi o Serviço de "Higienização e Limpeza", seguido da "Central de Processamento de Roupas - Lavanderia" (Gráfico 3).

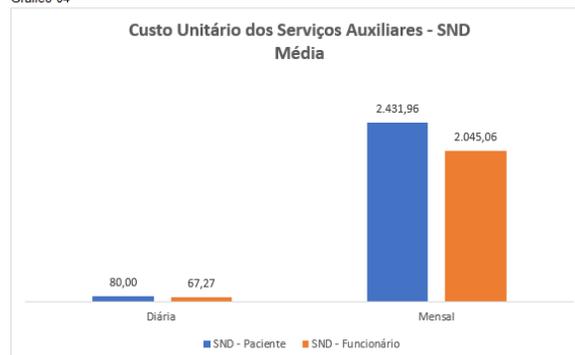
Gráfico 03



Fonte: KPIH/PLANISA

A análise do Serviço de Nutrição e Dietética - SND baseou-se na média diária e mensal do paciente e funcionário, ou seja, a média do custo total das refeições para 24 horas. O cálculo do valor mensal do serviço de nutrição e dietética obtém-se multiplicando o valor total da diária(24h) x 30,4 (nº dias mês) (Gráfico 4).

Gráfico 04



Fonte: KPIH/PLANISA

### 3. TRANSPARÊNCIA DA OSS

Com o advento da publicação da Lei nº 12.527/2011 que regulamenta o Acesso à Informação, tornou-se necessário a divulgação de procedimentos a serem observados tanto pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios bem como as demais entidades privadas sem fins lucrativos controladas direta ou indiretamente por estes órgãos públicos que recebam para realização de ações de interesse público, recursos públicos diretamente do orçamento ou mediante subvenções sociais, contrato de gestão, termo de parceria, convênios, acordo, ajustes ou outros instrumentos congêneres.

Em 2016, iniciaram-se os estudos para identificar as exigências legais quanto à transparência das entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos para realização de ações de interesse público no Estado de Goiás. Assim, considerou-se a necessidade da construção de uma metodologia que orientasse as organizações sociais e seus órgãos supervisores sobre as leis que se referem à transparência pública e sobre como suas previsões seriam cobradas para efeito de avaliação. Dessa forma, a metodologia foi elaborada considerando a lei de acesso à informação, bem como as resoluções e recomendações do Tribunal de Contas do Estado de Goiás.

Nesse sentido, a Controladoria Geral do Estado customizou, padronizou e estabeleceu um formato de página de acesso à informação comum a todas as organizações sociais e órgãos supervisores para o alcance da transparência plena.

Em cumprimento ao estabelecido, a Controladoria Geral do Estado realiza anualmente a avaliação dos sites de Acesso à Informação das Organizações Sociais em Saúde que possuem Contrato de Gestão com o Estado e dos seus respectivos Órgãos Supervisores. Os resultados das referidas avaliações são encaminhados às OSS contendo as orientações de melhoria a serem realizadas tanto no site do Órgão Supervisor como no site da Organização social, de forma a que cada Contrato de Gestão esteja apto a alcançar a pontuação máxima no ciclo de avaliação.

Vale informar que a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão atua como responsável por monitorar as publicações efetuadas por cada Organização Social de Saúde - OSS no Portal da Transparência/SES.

Com referência ao período avaliativo, foram encaminhados o Ofício nº 48060/2023/SES com referência ao mês de julho de 2023, o Ofício nº 50158/2023/SES com referência ao mês de agosto de 2023, o Ofício nº 58687/2023/SES com referência ao mês de setembro de 2023, o Ofício nº 65804/2023/SES com referência ao mês de outubro de 2023, o Ofício nº 72858/2023/SES com referência ao mês de novembro de 2023, o Ofício nº 9162/2024/SES com referência ao mês de dezembro de 2023 com as não conformidades apresentadas no Portal da Transparência que seguem:

Hospital Estadual de Luziânia – HEL							
Grupo	Item	Ofício nº 48060/2023 - julho/2023	Ofício nº 50158/2023 - agosto/2023	Ofício nº 58687/2023 – setembro/2023	Ofício nº 65804/2023 – outubro/2023	Ofício nº 72858/2023 – novembro/2023	Ofício nº 6942/2024 – dezembro/2023
Qualificação	Requerimento para obtenção do título de OS	atende	atende	Disponibilizar relatórios de agosto e setembro/2023. Organizar as pastas em ordem cronológica do mais recente para o mais antigo.	atende	atende	atende
	Manifestação de capacidade técnica da OS	atende	atende	atende	atende	atende	atende
	Manifestação da PGE-GO	atende	atende	atende	atende	atende	atende
	Estudos técnicos prévios	atende	atende	atende	atende	atende	atende

	Decisão do Chefe do Poder Executivo	atende	atende	atende	atende	atende	atende
Informações Gerais	Processo de chamamento público	atende	atende	atende	Disponibilizar a proposta do IBCG que foi encaminhada via e-mail.	atende	atende
	Contratos de gestão/aditivos	atende	atende	atende	Identificar de forma expressa a palavra VIGENTE no título do item.	atende	atende
	Estatuto social	atende	atende	atende	atende	atende	atende
	Organograma	Apresentar em ordem cronológica do mais recente para o mais antigo.	atende	atende	atende	atende	atende
	Competências previstas no contrato de gestão	atende	atende	atende	atende	atende	atende
	Legislação aplicável	atende	atende	atende	atende	atende	atende
	Membros dos conselhos de administração e fiscal	Apresentar em ordem cronológica do mais recente para o mais antigo.	atende	atende	atende	atende	atende
	Telefones, e-mails, endereços e horários de atendimento	atende	atende	atende	atende	atende	atende
	Atas de reuniões	Apresentar em ordem cronológica do mais recente para o mais antigo.	atende	atende	No ano de 2022, a ordem cronológica das atas está errada, devendo inverter as atas dos meses 11/2022 e 12/2022	atende	atende
Serviços de Informações ao Cidadão (SIC)	Atendimento presencial – unidades do Vapt Vupt disponíveis	atende	atende	atende	atende	atende	atende
	Atendimento Presencial – Ouvidoria	atende	atende	atende	atende	atende	atende
	Atendimento Eletrônico – faça seu pedido de acesso a Informação	atende	atende	atende	atende	atende	atende
	Autoridade de monitoramento da aplicação da lei	atende	atende	atende	atende	atende	atende
Perguntas e Respostas Frequentes da Sociedade	Perguntas e respostas frequentes	atende	atende	atende	atende	atende	atende
Orçamento	Orçamento da entidade individualizado por contrato de gestão		Não disponibiliza relatório atualizado.	atende	atende	atende	atende
	Execução Orçamentária Mensal e acumulada do ano	Apresentar em ordem cronológica do mais recente para o mais antigo.	atende	atende	Retirar notas explicativas referentes a junho e março de 2023. Renomear os arquivos de forma mais clara, exemplo: Execução orçamentária mensal e acumulada do ano - Janeiro a Agosto 2023 (xls/pdf) (assinada). No ano de 2022 colocar nota técnica de forma trimestral	No ano de 2022, a primeira nota explicativa está com o link errado.	atende
Patrimônio	Bens móveis	Apresentar em ordem cronológica do mais recente para o mais antigo.	atende	atende	Acrescentar o item "quantidade do bem" em todos os relatórios.	Acrescentar o item "quantidade do bem" em todos os relatórios.	Acrescentar o item "quantidade do bem" em todos os relatórios do ano de 2022 e de janeiro a outubro de 2023.
	Bens imóveis	atende	atende	atende		Disponibilizar relatório de bens imóveis trimestralmente atualizado.	Disponibilizar relatório de bens imóveis trimestralmente atualizado.
Compras/ Contratos	Regulamento para as alienações, aquisições de bens	atende	atende	atende	Retirar a ata de reunião do conselho e	Retirar a ata de reunião do conselho e colocar	Apresentar a versão atualizada do regulamento referente ao ano de 2023.

	e contratações de obras e serviços				colocar no item específico no Grupo: Informações Gerais	no item específico no Grupo: Informações Gerais	
	Atos convocatórios e seus respectivos resultados	atende	Possui pastas vazias sem haver arquivos.	Possui pastas vazias sem haver arquivos.	OSS deve apresentar todos os editais e seus respectivos resultados correlacionados.	OSS deve apresentar todos os editais e seus respectivos resultados correlacionados.	OSS deve apresentar todos os editais e seus respectivos resultados correlacionados.
	Contratos assinados com terceiros	atende	atende	atende	atende	atende	atende
	Relatório consolidado de contratos celebrados com terceiros	Apresentar em ordem cronológica do mais recente para o mais antigo.	Não disponibiliza relatório do mês de janeiro/2023. Não disponibiliza relatório atualizado.	Não disponibiliza relatório do mês de janeiro/2023. Não disponibiliza relatório atualizado.	Falta disponibilizar os relatórios de competências julho, agosto e setembro de 2023, apresentar de forma minimamente bimestral, caso não tenha, colocar nota técnica explicativa.	Os relatórios de julho a setembro de 2023 estão com datas erradas.	Os relatórios de julho a setembro de 2023 estão com datas erradas.
Termos, Acordos Convênios e Parcerias	Cópia integral dos convênios, termos de parcerias, acordos, ajustes ou instrumentos congêneres realizados com recursos oriundos do Poder público Estadual e seus respectivos aditivos	atende	atende	atende	Identificar de forma expressa a palavra VIGENTE no título do item. No ano de 2023 informar por nota técnica explicativa que não foi celebrado nenhum termo de parceria, acordos, ajustes ou instrumentos congêneres.	atende	atende
	Relatório final de prestação de contas	Apresentar em ordem cronológica do mais recente para o mais antigo.	atende	Disponibilizar relatório ou nota explicativa referente ao 3º trimestre.	Não está sendo atualizado trimestralmente desde o início do contrato.	atende	atende
Financeiro	Relatório mensal comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao Poder Público	Apresentar em ordem cronológica do mais recente para o mais antigo.	Não disponibiliza relatório referente ao mês de agosto/2023.	atende	Disponibilizar relatório referente à outubro/2023.	Disponibilizar relatório referente à novembro/2023.	atende
Pessoal	Regulamento de contratação de pessoal	atende	atende	atende	Retirar a ata de reunião do conselho e colocar no item específico no Grupo: Informações Gerais	atende	atende
	Plano de cargos, benefícios e remuneração	atende	atende	atende	Retirar a ata de reunião do conselho e colocar no item específico no Grupo: Informações Gerais	atende	atende
	Ato Convocatório e Avisos de seleção pública para recrutamento e seleção de empregados e seus respectivos resultados	atende	atende	atende	Padronizar a pasta 2022 conforme a pasta 2023. No Edital 11/2023 a ordem cronológica de apresentação dos documentos está invertida	No Edital 11/2023 a ordem cronológica de apresentação dos documentos está invertida.	atende
	Relação mensal dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma com as respectivas remunerações	Apresentar em ordem cronológica do mais recente para o mais antigo.	Disponibilizar informações completas da relação da OS.	Falta assinatura na relação disponibilizada no mês de setembro. Disponibilizar informações completas da relação da OS.	Falta assinatura na relação disponibilizada no mês de agosto. Falta assinatura na relação disponibilizada no mês de agosto.	Disponibilizar a relação de novembro/2023 completa, assinada e em dois formatos (PDF e XLS). Padronizar a ordem de apresentação, intercalar PDF e XLS da Unidade e OSS.	atende
	Relação mensal dos empregados com as respectivas remunerações	Apresentar em ordem cronológica do mais recente para o mais antigo.	atende	Falta assinatura na relação disponibilizada no mês de setembro.	Falta assinatura na relação disponibilizada no mês de agosto.	Disponibilizar relação referente à novembro/2023. Falta assinatura na relação disponibilizada no mês de agosto.	Falta assinatura na relação disponibilizada nos meses de agosto de 2023.

	Relação mensal dos membros dos conselhos de administração e fiscal com as respectivas ajudas de custo		Não há possibilidade de mais de um formato de gravação. Organizar por ordem cronológica do mais recente para o mais antigo.	Relação referente ao mês 09/2023 está incorreta. Não há possibilidade de mais de um formato de gravação. Organizar por ordem cronológica do mais recente para o mais antigo.	Disponibilizar relação referente à outubro/2023. Informar por meio de tabela o valor pago a cada membro administrativo se houver e para os membros fiscais informar se há ou não pagamento. Não há possibilidade de mais de um formato de gravação nas competências março a setembro de 2023 .	Disponibilizar relações referentes à outubro e novembro/2023; Informar por meio de tabela o valor pago a cada membro administrativo se houver e para os membros fiscais informar se há ou não pagamento; Relação de setembro está com a competência: 08/2023; Não há possibilidade de mais de um formato de gravação nas competências de março a setembro de 2023 .	atende
	Relação mensal dos servidores cedidos com as respectivas remunerações		atende	atende	atende	Disponibilizar relação referente à novembro/2023	atende
	Relação mensal dos servidores devolvidos		atende	atende	atende	Disponibilizar relação referente à novembro/2023	atende
Prestação de Contas	Relatórios gerenciais e de atividades emitidos pela diretoria e aprovados pelo Conselho de administração		atende	atende	atende	atende	atende
	Relatório gerencial de produção		Não disponibiliza relatório referente ao mês de julho/2023 e agosto/2023. Apresentar em ordem cronológica do mais recente para o mais antigo.	atende	Disponibilizar relatório referente à outubro/2023. Assinar todos os documentos disponibilizados.	Disponibilizar relatórios referentes à outubro e novembro de 2023 e a aprovação do Conselho de Administração referente ao ano de 2022. Assinar todos os documentos disponibilizados.	atende
	Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades	Não disponibiliza o relatório referente ao mês de julho/2023. Apresentar em ordem cronológica do mais recente para o mais antigo.	atende	atende	Disponibilizar relatório referente à outubro/2023.	Disponibilizar relatórios referentes à outubro e novembro/2023.	atende
	Relatório da comissão de avaliação	Retirar Ata de Reunião de Monitoramento e o relatório de 2022 da aba de 2023.	atende	atende	atende	atende	atende
	Resultados de inspeções e auditorias concluídas	atende	atende	atende	atende	atende	atende
	Demonstrações contábeis e financeiras	Apresentar em ordem cronológica do mais recente para o mais antigo.	Meses com informações incompletas e sem haver a possibilidade de mais de um formato de gravação. Disponibilizar demonstrações atualizadas.	Meses com informações incompletas.	Na pasta de 2022 falta apresentação completa do kit contábil (Balancete, Diário e Razão) apresentar em 02 formatos (PDF e XLS). Padronizar a ordem de apresentação dos documentos.	atende	Na pasta de 2022 falta apresentação completa do kit contábil (Balancete, Diário e Razão) e apresentar em 02 formatos (PDF e XLS);
	Despesa administrativa quando O.S. e unidade gerida se situarem em localidades diversas	atende	Relatórios incompletos, sem o detalhamento das despesas. Apresentar em ordem cronológica do mais recente para o mais antigo. Disponibilizar relatórios atualizados.	Relatórios incompletos, sem o detalhamento das despesas.	Disponibilizar relatório referente à outubro/2023. Os relatórios estão incompletos, sem o detalhamento das despesas. O Relatório de competência setembro/2023 não é pertinente ao grupo e item, favor retirar.	Disponibilizar relatórios referentes à novembro/2023; Na pasta de 2022 falta apresentação completa do kit contábil (Balancete, Diário e Razão) e apresentar em 02 formatos (PDF e XLS); Padronizar a ordem de apresentação dos documentos.	Os relatórios estão incompletos, sem o detalhamento das despesas; O Relatório de competência setembro/2023 não é pertinente ao grupo e item, favor retirar.

Acessibilidade	Página de acesso à informação com ícone padrão	atende	atende	atende	atende	atende	atende
	Cores e formatos dos grupos respeitando o estabelecido na metodologia	atende	atende	atende	atende	atende	atende
	Distribuição das informações em 11 grupos	atende	atende	atende	atende	atende	atende
	Ordem de apresentação	atende	atende	atende	atende	atende	atende
	Nomenclatura dos grupos	atende	atende	atende	atende	atende	atende
	Texto padrão informativo acerca dos objetivos da página de acesso à informação e das normas de transparência pertinentes, conforme anexo 2 da Metodologia.	atende	atende	atende	atende	atende	atende
	exibição do caminho de páginas percorridas pelo usuário	atende	atende	atende	atende	atende	atende
	mapa de site	atende	atende	atende	atende	atende	atende
recurso de contraste, redimensionamento de tela e atalhos do teclado.	atende	atende	atende	atende	atende	atende	

Vale ressaltar que nos presentes ofícios foi estabelecido o prazo de 05 (cinco) dias úteis para o saneamento das não conformidades em relação ao Portal da Transparência bem como o envio de resposta.

Informa-se que o Instituto PATRIS quanto as respostas dos ofícios referentes aos monitoramentos realizados nos meses de junho de 2023 até 31 de dezembro de 2023. Apesar da não resposta formal, observa-se que o Instituto PATRIS vem realizando as adequações das informações do Portal da Transparência do Hospital Estadual de Luziânia - HEL, em relação às não conformidades evidenciadas pelo monitoramento mensal.

É necessário ressaltar que toda normativa e legislação encontra-se disponível, para que o Instituto PATRIS não incorra em inadequações nos sítios de transparência. As inconformidades deverão ser exceções e não ocorrências mensais persistentes.

Ante o exposto, a Comissão de Monitoramento sugere que seja analisada a possibilidade de inclusão de cláusula contratual quanto ao cumprimento dos itens exigidos no Portal da Transparência, estabelecendo-se inclusive sanções em situação de inércia e descumprimento.

#### 4. CONCLUSÃO

Como explanado em linhas retro, cada Coordenação procedeu pela avaliação dos dados referentes a sua competência de monitoramento e fiscalização, emitindo parecer técnico específico de sua área, do período constante do relatório, o qual foi colacionado em um único documento, que tem, também, como objetivo, apontar aspectos para a melhoria do desempenho da Organização Social quanto ao gerenciamento da Unidade Hospitalar avaliada.

Ante o exposto, apesar de a OSS não ter atingindo as metas contratuais nas linhas de produção no que tange as **saídas hospitalares** e o **hospital dia**, a COMACG **acatou** as justificativas enviadas pelo parceiro privado. Assim sendo **não** haverá sugestão de ajuste financeiro a menor na **parte fixa**. Referente à **parte variável**, a unidade apresentou uma pontuação global para o período avaliado de 9.60 para o primeiro trimestre e de 9.30 para o segundo trimestre, **cumprindo** a meta contratualizada, logo **não** haverá ajuste financeiro a menor para a **parte variável**.

Dessa forma, a COMACG informa que de acordo com a Tabela IV, referente ao repasse de desempenho realizado, de acordo com a pontuação global das metas de desempenho, do Contrato de Gestão n. 45/2022, o valor a receber do desempenho de 9 a 10 é de 100%. Sendo assim, a pontuação global foi de 9,60 no primeiro trimestre e 9,30 no segundo trimestre a unidade receberá 100% do valor contratual.

Todavia, destaca-se a necessidade de revisar o perfil da unidade, haja vista a existência de linhas de contratação das saídas hospitalares com baixa eficiência operacional. Outrossim, sugere-se uma reavaliação de porta, ante a elevada demanda de casos espontâneos para a unidade com perfil de baixa complexidade, o que precisa ser melhor articulado com a rede de atenção à saúde.

A Coordenação de Acompanhamento Contábil - CAC pondera que as informações contidas nas análise do kit contábil e via Sistema de Acompanhamento, Monitoramento e de Prestação de Contas Econômico Financeiro - SIPEF, referentes ao período ora analisado, serão analisadas via Nota Técnica do período, conforme informações apresentadas no item 2.2. Esta Pasta pondera que após análise do balanço patrimonial, referente ao período de 07/2023 a 12/2023, constatou-se que o Hospital Estadual de Luziânia - HEL, gerido pelo Instituto PATRIS via Contrato de Gestão nº 45/2022/SES/GO, apresentou uma boa saúde posição financeira, visto que os índices de liquidez no balanço foram considerados satisfatórios (total dos passivos menores que os ativos), a exemplo a liquidez corrente que registrou um índice de 1,51 (maior que 1,00), indicando que a unidade tem recursos suficientes e de sobra para liquidar todas as suas obrigações no passivo. Já sobre análise do resultado do período por meio da Demonstração do Resultado do Exercício (DRE), demonstrou uma dificuldade visto o déficit no período analisado de R\$ -10.694.903,52 (dez milhões, seiscentos e noventa e quatro mil novecentos e três reais e cinquenta e dois centavos), fato este que o Instituto PATRIS deve justificar se os percentuais de custos estão em equilíbrio com as metas previstas e realizadas para este período, como dentro do princípio da economicidade, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

A Coordenação de Análise de Custos de Estabelecimentos de Saúde - CACES/GEC conclui que para o período analisado, o grupo de conta pessoal médico e não médico absorveram 63,11% do total dos custos da unidade, seguido da prestação de serviços com 23,31%, considerando o total de 100% dos custos fixos e variáveis. Com isso, o total geral dos custos fixos ficou em 86,24% e os custos Variáveis em 13,76%. Evidenciamos inserção de parcela no valor de R\$ 960.200,16 (novecentos e sessenta mil e duzentos reais e dezesseis centavos), na competência setembro/23, referente ao 1º Apostilamento ao Contrato de Gestão nº 45/2022 SES/GO. Não observamos lançamento no valor de R\$ 71.415,64 (setenta e um mil quatrocentos e quinze reais e sessenta e quatro centavos) referente ao 2º Apostilamento ao Contrato de Gestão nº 45/2022 SES/GO em nenhuma das competências analisadas. Verificamos ainda, valor de R\$ 213.685,97 (duzentos e treze mil seiscentos e oitenta e cinco reais e noventa e sete centavos) adicionado à competência novembro/2023, relativo ao 3º Apostilamento ao Contrato de Gestão.

O Benchmark dos serviços prestados na unidade demonstra que o centro de custo produtivo é o mais dispendioso na unidade com 67,9% dos custos, seguido dos centros de custos auxiliares com 26,3% e os centros de custos administrativos com 5,8%. Dentro do período analisado, o centro de custo "Centro Cirúrgico", aparece alternando entre a 1ª e 2ª posição no ranking dos dez centros mais onerosos da unidade, para o período avaliado. Os "Serviço de Nutrição e Dietética" e "Serviço de Higiene e Limpeza", que são serviços auxiliares, aparecem entre a 7ª e 11ª posição do ranking, destacando seus altos custos na unidade. No que se refere aos serviços auxiliares prestados na unidade hospitalar, o de maior custo unitário médio em todo o período analisado, foi o Serviço de "Higienização e Limpeza", seguido da "Central de Processamento de Roupas - Lavanderia".

Objetivando a Transparência da Informação, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contrato de Gestão tem continuamente notificado e orientado o Instituto PATRIS sobre a importância de manter os dados atualizados no Portal da Transparência/SES, com informações fidedignas, visto que são de cunho a manter informados os cidadãos comuns, sendo fonte de informação para outros setores da SES/GO, bem como de outras pastas da administração estadual. Contudo, ante a ausência reiterada de resposta formal da Instituição, lembra-se que a mesma compõe cláusula contratual e deve ser atendida pelo parceiro privado.

Outrossim, sugere-se nova notificação da Organização Social, via gabinete do Secretário, assim como que seja analisada a possibilidade de inclusão de cláusula contratual quanto ao cumprimento dos itens exigidos no Portal da Transparência, estabelecendo-se inclusive sanções em situação de inércia e descumprimento.



Documento assinado eletronicamente por **RAFAELA TRONCHA CAMARGO, Gerente**, em 16/05/2024, às 20:57, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **MARCELO MARTINS NOGUEIRA LIMA, Gerente**, em 17/05/2024, às 09:01, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **GEZO TEIXEIRA DE CASTRO JUNIOR, Coordenador (a)**, em 17/05/2024, às 09:39, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **TEREZA CRISTINA DUARTE, Coordenador (a)**, em 17/05/2024, às 10:32, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **WELLINGTON COELHO MOREIRA, Coordenador (a)**, em 17/05/2024, às 10:42, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **IGOR KARIM BUENO DE OLIVEIRA RODRIGUES SAO GERALDO, Analista**, em 17/05/2024, às 10:43, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **LUIZ AUGUSTO BARBOSA, Coordenador (a)**, em 17/05/2024, às 10:50, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **PRISCILLA RODRIGUES, Subcoordenador (a)**, em 17/05/2024, às 13:52, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site [http://sei.go.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=1](http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1) informando o código verificador **56014384** e o código CRC **3B3F310D**.

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DOS CONTRATOS DE GESTÃO  
AVENIDA SCI 299, S/C - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - GOIANIA - GO - CEP 74860-260 - (62)3201-3870.



Referência: Processo nº 202400010004455



SEI 56014384