



SANTA CASA SAO CARLOS

| Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão | | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação |
|---|--|---------------|------------------|-----------|---|
| 1 | A01. CNES Atualizado | PERTINENTE | 3,00 | 3,00 | Os relatórios de alterações do CNES, (gerados pelo SCNES) foram anexados pela unidade, sendo print da tela referente à última atualização. No mês de Janeiro a data da última atualização foi 05 / 02 / 2017, sendo a local na data de 30 / 01 / 2017; No mês de Fevereiro a data da última atualização foi 19 / 03 / 2017, sendo a local na data de 30 / 01 / 2017; No mês de Março a data da última atualização foi 02 / 04 / 2017, sendo a local na data de 28 / 03 / 2017. Os relatórios de alterações do CNES, (gerados pela unidade) foram anexados com as devidas atualizações referentes apenas a RH na seguinte data: 17 / 04 / 2017. No mês de fevereiro não ocorreu alteração e / ou inclusão / exclusão no CNES e a instituição anexou declaração datada de 21 / 03 / 2017. Todos os relatórios estão devidamente assinados e carimbados em papel timbrado. |
| 2 | A02.1. CID secundário informado - Pediatria | PERTINENTE | 1,00 | 1,00 | Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 243 AIHs, das quais 214 possuem CID secundário, o que representa 88,06%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados. |
| 3 | A02.2. CID secundário informado - Obstetrícia | PERTINENTE | 1,00 | 1,00 | Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 575 AIHs, das quais 515 possuem CID secundário, o que representa 89,56%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados. A Comissão chama a atenção para a especialidade analisada pelo indicador ser Obstetrícia e não Ginecologia como consta nos anexos. |
| 4 | A02.3. CID secundário informado - Clínica Médica | PERTINENTE | 1,00 | 1,00 | Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 1.070 AIHs, das quais 999 possuem CID secundário, o que representa 93,36%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados. |
| 5 | A02.4. CID secundário informado - Clínica Cirúrgica | PERTINENTE | 1,00 | 1,00 | Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 1.204 AIHs, das quais 1.023 possuem CID secundário, o que representa 84,96%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados. A comissão reconhece o empenho da instituição em trabalhar internamente para o alcance deste indicador. |
| 6 | A03. Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo Pré-Hospitalar, das informações dos recursos disponíveis para atendimentos às urgências | PERTINENTE | 5,00 | 5,00 | No trimestre avaliado das 180 atualizações no Portal CROSS realizadas, 180 atualizações foram realizadas, atingindo o percentual de 100%. |
| 7 | A04. Atendimento de Urgência e Emergência referenciado, mediado pela Central de Regulação, nas 24hs, nos 07 dias da semana | PERTINENTE | 5,00 | 2,00 | No trimestre avaliado, das 524 solicitações de atendimento pela Central de Regulação de Urgência, 380 foram respondidas, o que representa um percentual de 72,51%. A Comissão reitera a recomendação da avaliação anterior, onde solicita ao NIR da Instituição mais efetividade a fim de agilizar as respostas às solicitações. Reforça também a solicitação à CROSS no sentido em que os relatórios anexados pela Central sejam apresentados com mais clareza para melhor compreensão deste indicador. O prestador considera que a reinserção da mesma ficha quando da não aceitação da solicitação interfere negativamente na pontuação e também que seja considerado neste indicador as solicitações reguladas pela micro-regulação, informando que no trimestre foram 541 solicitações da micro regulação que não foram computadas pela Central de Regulação. Segue em anexo a planilha comprovando os dados informados. |
| 8 | A05. Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo de Leitos ou Leitos com AIH, da ocupação dos leitos hospitalares | PERTINENTE | 5,00 | 5,00 | No trimestre avaliado o total de internações foi 2.115, sendo que 2.094 foram informadas em até 24 horas, correspondendo a 99,01%. |
| 9 | A06. Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial, da recepção dos pacientes agendados | PERTINENTE | 5,00 | 5,00 | No trimestre avaliado o total de agendamento foi de 12.674, destes, 12.451 foram informados dentro do prazo, correspondendo a 98,24%. |
| 10 | A07. Disponibilização mensal da agenda, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial | PERTINENTE | 5,00 | 5,00 | Durante o trimestre avaliado foram disponibilizadas 18.650 consultas / exames no módulo de regulação ambulatorial no Portal CROSS e destas 18.302 foram dentro do prazo estabelecido, correspondendo a 98,13%. |
| 11 | A08. Protocolo de Acolhimento e de Classificação de Risco | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A instituição anexou no portal o protocolo de ACCR elaborado em 05 / 2014, com revisão prevista para 02 / 2018. Relatórios devidamente carimbados e assinados. Destacamos também que as estatísticas de classificação de risco tem sido apresentadas / discutidas nas reuniões do NAQH, na reunião do Comitê Regional de U.E. e no Comitê Municipal de U.E, com o intuito de qualificar os atendimentos no SMU. |



SANTA CASA SAO CARLOS

| Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão | | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação |
|---|----------------------------------|---------------|------------------|-----------|--|
| 12 | A09. Alta Hospitalar Responsável | PERTINENTE | 2,00 | 1,00 | A partir do Ano III o indicador atende por Alta Hospitalar Responsável e está sendo avaliado de acordo com critérios de definição apontados pelo Núcleo Técnico de Humanização em consonância à Política de Humanização e a Política Nacional de Atenção Hospitalar, instituída pela Portaria MS nº 3.390, na qual conceitua a Alta Responsável como "processo de planejamento e transferência do cuidado de uma unidade de saúde (hospitalar ou ambulatorial) para outra(s), de modo a propiciar a continuidade do cuidado por meio de: I) orientação de usuários e familiares / cuidadores, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; II) articulação com os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, em particular a Atenção Básica; e III) implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados nas Redes de Atenção à Saúde?". Anexo segue o relatório de Acompanhamento do Articulador de Humanização e abaixo as principais observações / recomendações apontadas no referido relatório: A9.1 ? Revisão de processos de trabalho da equipe hospitalar Recomendações / Observações: Necessidade de revisar protocolo de Alta Responsável de acordo com o novo critério de definição do indicador a partir do Ano III, reavaliando processos internos de comunicação e articulação da equipe multi, bem como discussões conjuntas com os municípios que atende como referência. Necessidade de fortalecer o trabalho em equipe multi, bem como ampliar o envolvimento da equipe médica no processo de revisão / construção / preenchimento dos instrumentos. Alinhamentos de instrumentos que não fragmente as anotações da equipe. A9.2 ? Orientação e corresponsabilização de usuários e familiares / cuidadores Recomendações / Observações: Avaliar a melhor forma de orientação ao paciente / família / cuidador, de forma que garanta o empoderamento e a autonomia do mesmo para a realização dos cuidados domiciliares e a continuidade da assistência. Discutir e reavaliar o processo de registro individualizadas da equipe, sistematicamente ou periodicamente. A9.3 ? Discussão com o DRS e municípios de Referência Recomendações / Observações: Necessidade de revisar / construir protocolo de Alta Responsável de acordo com a nova definição proposta para o indicador e apresentar e discutir o protocolo revisado e o fluxograma proposto de Alta Responsável para / com os municípios do qual é referência de atendimento (Região Coração) com o apoio do DRS. A9.4 ? Organização de Equipes de Alta Responsável Recomendações / Observações: Estabelecimento de rotina e organização da equipe multiprofissional para discussão de casos, construção de PTS e planejamento da alta durante a internação. Considerando as orientações sobre mapa de indicadores para o ano III, a responsabilidade de inserção das informações no sistema é da articuladora de Humanização do DRS, esta Comissão, solicita que a CROSS faça alteração no sistema, visto que atualmente quem consegue inserir é a Instituição. |
| 13 | A10. Custos por Absorção | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A instituição anexou no Portal a planilha da Planisa referente aos custos por absorção trimestralmente por unidade de internação (Clínicas), PA / PS, Ambulatorial, SADT e alguns procedimentos, contrariando a Resolução SS - 2, de 1-2-2017 que destaca que os valores devem ser informados mensalmente. A comissão recomenda que a planilha seja apresentada mensalmente conforme determinado no indicador. |



SANTA CASA SAO CARLOS

| Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação |
|--|---------------|------------------|-----------|---|
| 14 A11. Política Estadual de Humanização (PEH) | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | <p>Foi anexado o relatório de Monitoramento do Articulador de Humanização do DRSIII, onde consta a evolução da implantação / implementação das ações em consonância com a Política Estadual de Humanização. Informamos que os relatórios estão devidamente identificados. Abaixo segue os principais pontos de avaliação / observações / recomendações contidos no relatório: A11.1 ? Constituição do Centro Integrado de Humanização (CIH) Foi apresentado o relatório de atividades do CIH referente aos meses avaliados, sendo que as principais atividades norteadores do trabalho nesse período foram os movimentos com a Alta Responsável, organização e realização da Semana de Humanização e parceiras com Universidades para desencadear ações, principalmente de cuidado ao idoso. Recomendações / Observações: Importante referir à função de integração que o CIH deve processar tanto para dentro quanto para fora do hospital. A discussão do processo de trabalho com as equipes envolvidas é muito importante para a efetivação de um cotidiano construído por quem de fato o implementará. A gestão participativa deve subsidiar o processo de trabalho do CIH. Necessário apresentar no relatório do CIH todos os movimentos realizados, participados ou apoiados pelo CIH para que possa ser dada visibilidade ao amplo campo de atuação e de atividades do mesmo. A11.2 ? Produção do Plano Institucional de Humanização Foi encaminhado o PIH que foi revisado em dezembro de 2015. Recomendações / Observações: Necessidade de revisão com avaliação das atividades realizadas em 2016 e repactuações de metas para 2017, principalmente por conta do movimento de Alta Responsável que vem sendo amplamente discutido na instituição. A11.3 ? Implantação de um dos serviços de escuta qualificada Serviço de Ouvidoria instituído com processo de trabalho e fluxo de análise definidos com utilização dos referidos dados como instrumento de gestão. Foram encaminhados os relatórios dos atendimentos realizados referentes aos meses avaliados, sendo que em Novembro o relatório não foi encaminhado a tempo de anexar no sistema, constando a quantidade de atendimentos, bem como qualificação dos mesmos e apontamento dos setores mais elogiados, setores com mais reclamações e reclamações mais frequentes. A partir de Dezembro também foram apresentados os canais de atendimento utilizados pelos usuários / familiares. Recomendações / Observações: Sugiro constante avaliação do processo de trabalho e da parceria com os setores para discussão dos relatórios para propostas de melhorias do processo de trabalho. A11.4 ? Visita Aberta ou Ampliada A instituição conta com horário de oito horas destinado à visita, exceto em unidades de tratamento intensivo e urgência e emergência. CIH está avaliando com setor de informática a possibilidade de relatório de acesso de visitantes e acompanhantes. Recomendações / Observações: Avaliar e implementar formas de monitoramento de acesso de visitantes na instituição. Necessidade de avaliar a implementação da visita ampliada pela gestão, trabalhadores e usuários. A11.5 ? Aplicação de Pesquisa de Satisfação do Usuário SUS A instituição conta com formulário próprio de Pesquisa de Satisfação do Usuário. Foram encaminhados relatórios referentes aos meses avaliados, sendo que em Outubro não foi encaminhado em tempo hábil para anexar ao relatório no sistema. Nos relatórios são demonstrados em porcentagem os índices de satisfação contando com vários aspectos / atendimentos oferecidos tanto com usuários que permaneceram internados, como para os que compareceram em atendimento ambulatorial, sendo possível identificar de forma clara os principais nós críticos. Também é apresentado gráfico ilustrando o percentual de respostas com relação ao total de atendimentos realizados no período, dado importante para avaliar a o impacto da pesquisa para avaliar a qualidade do atendimento prestado. Recomendações / Observações: Sugiro constante avaliação do processo de trabalho e da parceria com os setores para discussão dos relatórios para propostas de melhorias do processo de trabalho. A11.6 ? Direito a Acompanhante Avaliação: É garantido o direito a acompanhante para as situações previstas em lei e em situações especiais que a equipe avalia como necessário. CIH está avaliando com setor de informática a possibilidade de relatório de acesso de visitantes e acompanhantes. Recomendações / Observações: Necessidade de avaliar e implementar formas de monitoramento de acesso de acompanhantes à instituição. A11.7 ? Formulário de Classificação de Ambiência. Avaliação: Formulário de ambiência foi revisto na reunião do GTH de Novembro. Recomendação / Observações: Necessidade de apontar os levantamentos considerados pelo grupo na reunião de Gerência. A11.8 ? Existência de Colegiado Gestor Avaliação: Segundo relato do CIH da Instituição, no segundo semestre de 2015 a gestão foi reorganizada, alinhando todos os setores a determinados gerentes. Assim, acontecem ordinariamente uma vez na semana reuniões com a participação das seguintes gerências: Gerente de Materiais, Gerente de Enfermagem, Gerente Hospitalar, Gerente de Humanização, Gerente de Manutenção, Gerente Financeiro e Gerente de Recursos Humanos. Ainda segundo relato do CIH, nestas reuniões as gerências tomam conhecimento da realidade e das demandas do hospital como um todo e discutem soluções em conjunto com a administração. Em Outubro e Novembro não foram apresentadas listas de presença das reuniões. Em Dezembro foram apresentadas listas de presença das reuniões (14 / 09, 19 / 09, 22 / 09 e 23 / 09). Recomendação / observações: Necessidade de avaliar o processo de funcionamento do Colegiado Gestor em consonância com as Políticas de Humanização. Avaliar possibilidade de encaminhamento de descrição das pautas discutidas nas reuniões. Equipe não autorizou encaminhamento de memória / ata da reunião. Pautar nesta reunião o movimento de Alta Responsável, o levantamento realizado pela ouvidoria das demandas no período de janeiro a maio de 2016 e a discussão da ambiência. Considerar esta avaliação com os apontamentos da ouvidoria relacionados a ambiência e os dados apresentados nos relatórios mensais da ouvidoria e pesquisa de satisfação. A11.9 ? Integração de no mínimo a uma das Redes Regionais de Atenção a Saúde (Temáticas) Avaliação: Inserido na RUE e Rede Cegonha, sendo apresentados documentos referentes a esta inserção, que estão disponíveis para consulta pública em site oficial. Recomendações / Observações: Acompanhar processo de implementação das redes atentando para os fluxos e acesso dos usuários à instituição e atendimento das ações contidas nos respectivos planos das redes.</p> |
| 15 A12. Apresentação das contas hospitalares no mês imediato ao do encerramento da AIH (alta hospitalar) | PERTINENTE | 3,00 | 1,00 | <p>No período avaliado das 3.093 AIHs apresentadas, 2.470 correspondem ao mês imediato à saída, o que representa um percentual de 79,86%. Foram anexados no Portal CROSS os relatórios mensais. Cabe destacar que todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.</p> |
| 16 A13. Apresentação das contas ambulatoriais no mês imediato a realização do procedimento (APAC) | PERTINENTE | 3,00 | 3,00 | <p>No período avaliado das 2.662 APACs apresentadas, 2.634 correspondem ao mês imediato à realização do procedimento, o que representa um percentual de 98,95%. Foram anexados no Portal CROSS os relatórios mensais. Cabe destacar que todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.</p> |



SANTA CASA SAO CARLOS

| Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão | | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação |
|---|--|----------------|------------------|-----------|--|
| 17 | A14. Caracterização correta da internação: Urgência (caráter 2 à 6) / Eletiva (caráter 1) por amostragem | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | Durante o período avaliado foram analisadas pela Equipe de Auditoria da SMS de São Carlos 3.075 AIHs, das quais 2.784 possuem caracterização correta no Caráter de Internação (Urgência / Eletiva), representando 90,54%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados. Observa-se que o gestor municipal anexou o relatório da competência anterior, ou seja, os valores referentes a Fevereiro / 2017 e digitou no portal esses mesmos valores. Esta comissão entende que houve erro de digitação e anexação do relatório. Cabe destacar que o gestor municipal apresentou planilha da competência correta que foi anexado no sistema durante a avaliação. Valores apresentados na planilha do gestor municipal: 958 AIHs apresentadas com 884 AIH com caracterização correta, o que corresponde a 92,28%. |
| 18 | A15.1. Comissões - Ética Médica | PERTINENTE | 0,50 | 0,50 | Referente Janeiro / 2017, a instituição anexou no Portal CROSS a pauta da reunião que aconteceu em 25 / 01 / 2017 as 19h com cronograma de reuniões sem carimbo e assinatura. Nos meses de Fevereiro e Março / 2017, a reunião ocorreu em 01 / 02 e 08 / 03 / 2017 respectivamente. Foi anexada pauta assinada e carimbada com cronograma de reuniões. |
| 19 | A15.2. Comissões - Controle de infecção hospitalar | PERTINENTE | 0,50 | 0,50 | A Instituição anexou as Atas assinadas e carimbadas, bem como relatórios com indicadores pertinentes à Comissão no período avaliado, sendo que a mesma reuniu-se em: 18 / 01 / 2017, 08 / 02 / 2017 e 10 / 03 / 2017. |
| 20 | A15.3. Comissões - Óbito | PERTINENTE | 0,50 | 0,50 | A Instituição anexou Regimento Interno da Comissão, cronograma de reuniões e as atas referente ao período avaliado, sendo que a mesma reuniu-se em 31 / 01 / 2017, 24 / 02 / 2017 e 31 / 03 / 2017. Cabe destacar que o registro das atas precisa ser melhorado com relação à caligrafia. Ressalta-se que todas as atas estão devidamente identificadas e assinadas. Referente a ata de Janeiro, como a mesma não faz referência a Comissão de Óbito, a instituição anexou email datado em 24 / 02 / 2017 da diretoria clínica para a presidência da comissão solicitando que seja evidenciado o nome apropriado para todas as atas constantes no processo das comissões. |
| 21 | A15.4. Comissões - Prontuários | PERTINENTE | 0,50 | 0,50 | A Instituição anexou Regimento Interno da Comissão, cronograma de reuniões e atas / relatórios referentes ao período avaliado, sendo que a mesma reuniu-se em 25 / 01 / 2017, 23 / 02 / 2017 e 15 / 03 / 2017. |
| 22 | A16. Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A instituição encaminhou mensalmente os relatórios à Central de Transplante, conforme preconizado no indicador. Cabe destacar que a Central de Transplante validou os relatórios encaminhados pela instituição. |
| 23 | A17. Plano de atendimento a desastres e incidentes com múltiplas vítimas | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A Instituição inseriu no sistema o Plano de Atendimento a Desastres e Incidentes com múltiplas vítimas nos três meses contemplando eventos externos e internos, elaborado em Jan / 2014, revisado em Fev / 2016 com previsão de nova revisão em Mar / 2017. |
| 24 | A18.1. Licença de Alvará - VISA | PERTINENTE | 1,00 | 1,00 | A Instituição inseriu a licença de funcionamento expedida pela VISA municipal com vigência até 06 / 02 / 2017 nos três meses. Não apresentou protocolo de renovação da licença de Alvará da VISA municipal. A instituição apresentou atestado de funcionamento emitido pelo prefeito municipal. Cabe destacar que durante a avaliação, a instituição apresentou cópia do Alvará da VISA municipal com validade em 06 / 02 / 2018 que foi acatado pela comissão. Foi anexado cópia no sistema |
| 25 | A18.2. Licença de Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros - AVCB | PERTINENTE | 1,00 | 0,00 | A instituição não possui Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB). A instituição anexou no portal CROSS documento datado de fev / 2016 contendo número de projeto arquitetônico referente ao aumento de área construída em conformidade com o Decreto Estadual do Corpo de Bombeiros nº 56819 / 2011. No documento consta a situação atual da Santa Casa para prevenção e combate a incêndio na edificação, relação de necessidade para obtenção do AVCB e cronograma de execução do projeto técnico com as respectivas fases de implantação. Anexou ainda o protocolo FAT - Resposta do Formulário de atendimento do 9º Grupamento de Bombeiros, onde consta a aprovação do projeto bem como do cronograma de execução do mesmo, sendo previsto para Junho / 2017 o término do projeto e Agosto / 2017 a visita do Corpo de Bombeiros para liberação do AVCB. |
| 26 | A19. Taxa de suspensão de cirurgia por motivos administrativos (exceto cirurgias ambulatoriais) | PERTINENTE | 2,00 | 1,00 | No período avaliado, das 1.346 cirurgias agendadas, 142 cirurgias foram suspensas por motivos administrativos, com percentual de 10,55%. A instituição anexou esclarecimento justificando o aumento das cirurgias canceladas na competência Fevereiro e Março por motivo de incêndio nas instalações da lavanderia. |
| 27 | A20. Taxa de recusa de solicitações de Urgência mediadas pela Central de Regulação | PERTINENTE | 5,00 | 0,00 | Ao analisar os dados emitidos pela CROSS observa-se que a Instituição ainda apresenta alto índice de recusa na solicitação da Central de Regulação de Urgências. No período avaliado das 524 solicitações de atendimento recebidas pela Central de Regulação foram recusadas pela Instituição 501, o que representa um percentual de recusa de 95,61% no período avaliado. A Comissão recomenda que a instituição continue revisando seu processo de trabalho em relação a melhoria do indicador. O prestador e o gestor municipal questionam a composição do numerador e denominador do indicador, pois o número de solicitações apresentado pela CROSS diverge do apurado pela instituição e também que seja considerado neste indicador as solicitações reguladas pela micro-regulação, informando que no trimestre foram 541 solicitações da micro regulação que não foram computadas pela Central de Regulação. Segue em anexo a planilha comprovando os dados informados. |
| 28 | A21. Percentual de Vaga Zero determinada pela Central de Regulação | NÃO PERTINENTE | 5,00 | 5,00 | Segundo o sistema da CROSS, durante o período avaliado das 48 solicitações da Central de Urgência, 06 foram vaga zero, correspondendo a 12,50%. Entretanto, a Comissão de Avaliação discorda destes números visto que não fica claro os numeradores e denominadores utilizados pela CROSS. Pelo entendimento da Comissão, o valor do denominador a ser utilizado deve ser o mesmo do Indicador A20, visto que a nomenclatura é a mesma. Em avaliações anteriores esta discordância da comissão já foi apontada. Diante disso, os dados a serem considerados devem ser: Janeiro - 217 solicitações reguladas, 5 vaga zero, totalizando 2,30% vagas zero Fevereiro - 164 solicitações reguladas, 1 vaga zero, totalizando 0,61% vagas zero Março - 143 solicitações reguladas, 0 vaga zero, totalizando 0% vagas zero Assim, do total de 524 solicitações, houve 06 vagas zero, o que corresponde a 1,15% de vaga zero no período avaliado, alcançando o score máximo, ou seja, 05 pontos. |
| 29 | A22. Educação permanente - capacitações e treinamentos | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A instituição anexou listas de presença dos treinamentos realizados no período avaliado, contendo os temas abordados. Foram anexados treinamentos de Educação Continuada e Permanente, sendo reforçado a necessidade da instituição manter a abordagem dos temas relevantes para o processo do trabalho. |



SANTA CASA SAO CARLOS

| Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão | | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação |
|---|---|---------------|------------------|-----------|--|
| 30 | A23.1. Balanço Patrimonial - Liquidez Corrente (LC) | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | No trimestre avaliado foi anexado a declaração da análise financeira da Instituição devidamente assinada e carimbada pelo contador da mesma, bem como Balanço Patrimonial referente ao ano de 2015. A Instituição foi orientada a apresentar a declaração da análise financeira em papel timbrado. |
| 31 | A23.2. Balanço Patrimonial - Liquidez Geral (LG) | PERTINENTE | 2,00 | 0,00 | No trimestre avaliado foi anexado a declaração da análise financeira da Instituição devidamente assinada e carimbada pelo contador da mesma, bem como Balanço Patrimonial referente ao ano de 2015. A Instituição foi orientada a apresentar a declaração da análise financeira em papel timbrado. O não atendimento do índice de liquidez geral pela Entidade se deve ao fato de que para o atendimento de todas as suas operações objeto de seu Estatuto Social, com a grave crise financeira e a falta de recursos para o Terceiro Setor durante os últimos anos, a Entidade se viu na necessidade de captar recursos no mercado financeiro para honrar seus compromissos, elevando com isso sua dívida no longo prazo, fato que dificulta o atendimento do índice de liquidez geral. |
| 32 | A23.3. Balanço Patrimonial - Solvência Geral (SG) | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | No trimestre avaliado foi anexado a declaração da análise financeira da Instituição devidamente assinada e carimbada pelo contador da mesma, bem como Balanço Patrimonial referente ao ano de 2015. A Instituição foi orientada a apresentar a declaração da análise financeira em papel timbrado. |
| 33 | A24. Relação de enfermeiros leitos | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A Instituição anexou no Portal CROSS relatórios informando número de enfermeiros no período avaliado, divergentes com o CNES, visto que no CNES constam 98 enfermeiros e no relatório um total de 123 enfermeiros. Cabe destacar que a Instituição arrendou à Unimed Instalações hospitalares conforme consta no Contrato anexado no Portal. A UNIMED disponibiliza 27 enfermeiros que estão alocados na Instituição e não fazem parte do quadro de profissionais da mesma. Considerando os 27 enfermeiros da Unimed somados ao número de enfermeiros constantes no CNES, totaliza 125 enfermeiros. Portanto a Comissão entende que a Instituição possui 0,37 enfermeiros ligados à área assistencial. |

SANTA CASA SAO CARLOS

| Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção | | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação |
|---|--|---------------|------------------|-----------|--|
| 34 | B01. Taxa de alcance da produção conveniada/contratada | PERTINENTE | 3,00 | 0,00 | No trimestre avaliado observamos que conforme dados apresentados a Instituição alcançou percentual de 35,29%. Conforme matriz de monitoramento hospitalar anexada ao portal, observa-se que o total de agrupamentos é de 06 conforme informado pela SMS. A Comissão entende que a Instituição em conjunto com a gestão municipal deve avaliar quais os motivos para o baixo desempenho alcançado no indicador. Todos os relatórios estão devidamente identificados assinados e carimbados. |
| 35 | B02. Taxa de ocupação (leitos SUS, clínica cirúrgica e clínica médica) | PERTINENTE | 3,00 | 2,00 | A Instituição apresentou os anexos com o total de 8.114 paciente / dia de 10.620 leitos / dia, que corresponde a 76,40% de ocupação das referidas clínicas. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados. |
| 36 | B03. Taxa de ocupação de leitos de terapia intensiva - Adulto | PERTINENTE | 3,00 | 3,00 | No período avaliado houve um total de 1.275 pacientes / dia e 1.305 leitos / dia, que corresponde a 97,70% de ocupação de leitos de Terapia Intensiva. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, carimbados e assinados. |
| 37 | B04. Tempo médio de permanência - especialidade clínica | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A instituição apresentou os anexos com o total de 3.388 pacientes / dia e 1.255 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,70 dias de média de permanência na Especialidade Clínica. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados. |
| 38 | B05. Tempo médio de permanência - especialidade clínica cirúrgica | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A instituição apresentou os anexos com o total de 4.726 pacientes / dia e 1.634 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,89 dias de média de permanência na Especialidade Clínica Cirúrgica. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados. |
| 39 | B06. Tempo médio de permanência - UTI Adulto | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A instituição apresentou os anexos com o total de 1.287 pacientes / dia e 279 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 4,61 dias de média de permanência na UTI. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados. |
| 40 | B07. Taxa de mortalidade institucional | PERTINENTE | 2,00 | 1,00 | No período avaliado, houve 216 óbitos e 5.073 saídas no período, que corresponde a uma taxa de mortalidade institucional de 4,26%. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados. |



SANTA CASA SAO CARLOS

| Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção | | Avaliado Como | Pontos Possíveis | Resultado | Observação |
|---|---|---------------|------------------|---------------|--|
| 41 | B08. Indicadores de infecção hospitalar | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | Foram anexadas mensalmente as planilhas da CCIH encaminhadas para o GVE XII de Araraquara com comprovante de envio através de email |
| 42 | B09. Incidência de queda de paciente | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | A Instituição anexou os relatórios informando que de 12.868 pacientes / dia, ocorreram no período 02 quedas o que representa 0,16. Nos relatórios devidamente identificados, datados e assinados constam análise descritiva e conduta. Cabe destacar que em Janeiro não foi anexado a justificativa da queda, porém a mesma foi anexada no mês de Março. Observamos uma falha no calculo do indicador em Janeiro quando o sistema multiplicou por 100 quando o correto é a multiplicação por 1.000 |
| 43 | B10. Índice de rotatividade | PERTINENTE | 2,00 | 2,00 | No período avaliado houve 2.811 saídas ? SUS com 630 leitos, portanto, a Instituição obteve um índice de rotatividade de 4,46. Cabe destacar que os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados |
| 44 | B11. Índice de uso de sala cirúrgica | PERTINENTE | 2,00 | 1,00 | No trimestre avaliado foram realizadas 2.635 cirurgias com índice de uso de sala cirúrgica de 2,66. Todos os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados. |
| TOTAL | | | 103,00 | 82,00 | |
| | | | | 79,61% | |

Observações da Comissão

A Comissão refere que o processo de avaliação tem sido realizado de forma a qualificar seus membros, assim como todos os participantes da equipe hospitalar que têm participado das avaliações. É importante destacar que a comissão analisa a qualidade dos documentos apresentados o que contribui para o empenho da Instituição em cumprir os indicadores e também a evolução constatada nos resultados alcançados até o momento. Outra questão que a Comissão considera importante relatar é em relação a continuidade do processo que consideramos cada vez mais inclusivo. Cabe destacar que esta é a primeira avaliação trimestral do Programa Santa Casa Sustentável 2017. A comissão aproveita para reforçar a solicitação da divulgação dos resultados obtidos pela instituição na avaliação realizada pelo Núcleo Executivo.