



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
1	A01. CNES Atualizado	NÃO 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 julho a data da última atualização foi 11 / 08 / 2016; No mês de agosto a data da última atualização foi 08 / 09 / 2016; No mês de setembro a data da última atualização foi 01 / 10 / 2016. Os relatórios de alterações do CNES, (gerados pela unidade) foram anexados com as devidas atualizações referentes apenas a RH nas seguintes datas: 05 / 07 / 2016, 12 / 09 / 2016 e 11 / 10 / 2016. Todos os relatórios estão devidamente assinados e carimbados em papel timbrado.
2	A02.1. CID secundário informado - Pediatria	PERTINENTE	1,00	0,00	Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 309 AIHs, das quais 74 possuem CID secundário, o que representa 23,95%. A instituição informou que por problemas técnicos no sistema próprio de faturamento, o CID secundário não foi exportado para o sistema oficial do MS, causando índice baixo de preenchimento de CID secundário, e que a partir de Setembro / 2016 conseguiram sanar o problema. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.
3	A02.2. CID secundário informado - Obstetrícia	PERTINENTE	1,00	0,00	Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 667 AIHs, das quais 41 possuem CID secundário, o que representa 6,15%. A instituição informou que por problemas técnicos no sistema próprio de faturamento, o CID secundário não foi exportado para o sistema oficial do MS, causando índice baixo de preenchimento de CID secundário, e que a partir de Setembro / 2016 conseguiram sanar o problema. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.
4	A02.3. CID secundário informado - Clínica Médica	PERTINENTE	1,00	1,00	Durante o trimestre avaliado foram apresentadas 1.287 AIHs, das quais 372 possuem CID secundário, o que representa 28,90%. A instituição informou que por problemas técnicos no sistema próprio de faturamento, o CID secundário não foi exportado para o sistema oficial do MS, causando índice baixo de preenchimento de CID secundário, e que a partir de Setembro / 2016 conseguiram sanar o problema. 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 1.434 AIHs, das quais 570 possuem CID secundário, o que representa 39,75%. A instituição informou que por problemas técnicos no sistema próprio de faturamento, o CID secundário não foi exportado para o sistema oficial do MS, causando índice baixo de preenchimento de CID secundário, e que a partir de Setembro / 2016 conseguiram sanar o problema. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.
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 184 atualizações esperadas, 182 atualizações foram realizadas, atingindo o percentual de 98,91%.
7	A04. Atendimento de Urgência e Emergência referenciado, mediado pela Central de Regulação, nas 24hs, nos 07 dias da semana	PERTINENTE	5,00	0,00	No trimestre avaliado, das 460 solicitações de atendimento pela Central de Regulação de Urgência, 310 foram respondidas em até 59 minutos e 59 segundos, o que representa um percentual de resposta no prazo acima de 67,39%. Recomenda-se que o NIR da Instituição seja mais efetivo a fim de agilizar as respostas às solicitações e à CROSS deixar os relatórios com mais clareza para melhor compreensão.
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 foram de 2.156 e destas foram informadas em até 24 horas 2.125 atingindo percentual de 98,56%.
9	A06. Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial, da recepção dos pacientes agendados	PERTINENTE	5,00	5,00	Nos meses avaliados os totais de agendados foram de 13.604 e informados 13.529, atingindo percentual de 97,20%.
10	A07. Disponibilização mensal da agenda, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial	PERTINENTE	5,00	5,00	Durante o período avaliado a instituição disponibilizou 18.217 consultas / exames, no módulo de regulação ambulatorial no Portal CROSS e destas 18.155 foram dentro do prazo estipulado, o que representa 99,66%.
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 e revisado em 06 / 2016, bem como a estatística mensal de atendimentos em relatórios devidamente carimbados e assinados no período avaliado. 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	2,00	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 CROSS o contrato com a Planisa e as planilhas de custos das diversas áreas do Hospital, referente ao período avaliado devidamente carimbado e assinado. Cabe destacar que a análise ficou dificultada devido ao relatório ser muito extenso, entretanto, constata-se a implantação do Centro de Custos Hospitalares. A Instituição foi orientada a adequar o relatório diante do que exige as orientações para o ano III.



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	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 norteadoras do trabalho nesse período foram os movimentos com a Alta Responsável, organização e realização da Semana de Humanização e parcerias 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 agosto 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 setembro 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 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 julho 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 revisado na reunião do GTH de agosto. 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 julho e agosto não foram apresentadas listas de presença das reuniões. Em setembro 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.
15 A12. Apresentação das contas hospitalares no mês imediato ao do encerramento da AIH (alta hospitalar)	PERTINENTE	3,00	0,00	No período avaliado das 3.697 AIHs apresentadas, 565 corresponde ao mês imediato à saída, o que representa um percentual de 15,28%. Foram anexados no Portal CROSS os relatórios mensais. Cabe destacar que todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados. Cabe informar que já ocorreu uma discussão entre a Instituição e a Gestão para melhor adequação ao solicitado no indicador, o que foi percebido o mês de setembro. Espera-se uma melhora no indicador no próximo trimestre.
16 A13. Apresentação das contas ambulatoriais no mês imediato a realização do procedimento (APAC)	PERTINENTE	3,00	3,00	No período avaliado das 2.910 APACs apresentadas, 2.765 corresponde ao mês imediato à realização do procedimento, o que representa um percentual de 95,02%. Foram anexados no Portal CROSS os relatórios mensais. Cabe destacar que todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.



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	NÃO PERTINENTE	2,00	2,00	Nos meses de agosto e setembro os dados constantes no relatório anexado no Portal CROSS estão divergentes com os digitados. Segue abaixo os dados corretos: Julho: Dentre as 815 AIHs analisadas, 772 AIHs com caracterização correta, totalizando 94,72 % de AIH com caracterização correta. Agosto Dentre as 976 AIHs analisadas, 921 AIHs com caracterização correta, totalizando 94,36% de AIH com caracterização correta. Setembro: Dentre as 808 AIHs analisadas, 808 AIHs com caracterização correta, totalizando 100,00 % de AIH com caracterização correta. Durante o período avaliado foram analisadas pela Equipe de Auditoria da SMS de São Carlos 2.599 AIHs, das quais 2.501 possuem caracterização correta no Caráter de Internação (Urgência / Eletiva), representando 96,23%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.
18	A15.1. Comissões - Ética Médica	PERTINENTE	0,50	0,50	A instituição anexou no Portal CROSS os relatórios referente às reuniões ocorridas no período avaliado, bem como cronograma das mesmas. A Comissão reuniu-se em: 06 / 07 / 2016, onde foi discutido o serviço de urgência, projetos de pesquisa e o estatuto do corpo clínico da Instituição; reuniu-se em 03 / 08 / 2016 onde foi dada a devolutiva de cartas referente reclamação, reuniu-se em 28 / 09 / 2016, onde discutiu-se projetos de pesquisa. Cabe informar que nos relatórios anexados, não constam a assinatura de todos os participantes, sendo que no mês de julho apenas a identificação e assinatura do presidente da Comissão, no mês de agosto constou apenas a assinatura sem identificação e no mês de setembro não consta assinatura e identificação. A Instituição foi orientada a corrigir os relatórios para os próximos meses.
19	A15.2. Comissões - Controle de infecção hospitalar	PERTINENTE	0,50	0,50	A Instituição anexou as Atas com a presença dos participantes, bem como relatórios com indicadores pertinentes à Comissão no período avaliado, sendo que a mesma reuniu-se em: 28 / 07 / 2016, 09 / 08 / 2016 e 21 / 09 / 2016. Todos os relatórios estão devidamente assinados e carimbados. Observa-se que constam nas atas / relatórios as recomendações e medidas propostas pela Comissão de Monitoramento Regional.
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: 29 / 07 / 2016, 31 / 08 / 2016 e 28 / 09 / 2016. Cabe destacar que o registro das atas está ilegível e necessitando uma melhor qualificação do conteúdo. Não constam relatórios de condutas. Ressalta-se que todas as atas estão devidamente identificadas e assinadas.
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: 20 / 07 / 2016 e 17 / 08 / 2016. Na ata do mês de setembro a data está ilegível, não sendo possível verificar a data de sua realização. Pelo cronograma a data para reunião de setembro é 21 / 09 / 2016.
22	A16. Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantados	PERTINENTE	2,00	2,00	
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 janeiro / 2014, revisado em fev / 2016 com previsão de nova revisão em março / 2017.
24	A18.1. Licença de Alvará - VISA	PERTINENTE	1,00	1,00	A Instituição inseriu a licença de funcionamento expedida pela VISA com vigência até 06 / 02 / 2017 nos três meses.
25	A18.2. Licença de Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros - AVCB	NÃO 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 julho / 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)	NÃO PERTINENTE	2,00	2,00	Cabe destacar que nos relatórios anexados no Portal CROSS os dados estão divergentes com os digitados. No mês de setembro a Instituição anexou relatório solicitando alterações dos dados apresentados nos meses de julho e agosto, justificando que os dados foram lançados erroneamente por falha de interpretação operacional e tabulação de dados. Segue abaixo dados corretos: Julho: 416 cirurgias agendadas no período, 28 cirurgias suspensas, totalizando 6,73% de cirurgias suspensas no período. Agosto 688 cirurgias agendadas no período, 52 cirurgias suspensas, totalizando 7,56% de cirurgias suspensas no período. Setembro: 563 cirurgias agendadas no período, 74 cirurgias suspensas, totalizando 13,14% de cirurgias suspensas no período. No período avaliado, das 1.661 cirurgias agendadas, 154 cirurgias foram suspensas por motivos administrativos, com percentual de 9,24%.
27	A20. Taxa de recusa de solicitações de Urgência mediadas pela Central de Regulação	NÃO 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 460 solicitações de atendimento recebidas pela Central de Regulação foram recusadas pela Instituição 430, o que representa um percentual de recusa de 93,48% no período avaliado. Entretanto, a Instituição apresenta relatório, emitido pelo próprio Sistema CROSS, com números divergentes. Segue anexo, ao final desta avaliação, o relatório apresentado no ato da avaliação. Segue abaixo os dados da Instituição: Julho: 416 solicitações de atendimento pela Central de Regulação, 164 recusa de solicitações, totalizando 39,42% de recusa Agosto 355 solicitações de atendimento pela Central de Regulação, 167 recusa de solicitações, totalizando 47,04% de recusa Setembro: 359 solicitações de atendimento pela Central de Regulação, 158 recusa de solicitações, totalizando 44,01 % de recusa No período avaliado das 1.130 solicitações de atendimento recebidas pela Central de Regulação foram recusadas pela Instituição 489, o que representa um percentual de recusa de 43,27% no período avaliado. A Comissão recomenda que a instituição continue revisando seu processo de trabalho em relação a melhoria do indicador.
28	A21. Percentual de Vaga Zero determinada pela Central de Regulação	PERTINENTE	5,00	5,00	Durante o período avaliado das 65 solicitações da Central de urgência, 5 foram vaga zero, correspondendo a 7,69%.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
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.
30	A23.1. Balanço Patrimonial - Liquidez Corrente (LC)	PERTINENTE	2,00	2,00	No período 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. Desta maneira a instituição alcança o score de pontuação. 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 período 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. Com isso, não deixamos de cumprir nosso compromisso principal que é a prestação de serviço ao paciente. As Instituições filantrópicas estão ansiosas, aguardando liberação do governo federal na linha do ProSUS.
32	A23.3. Balanço Patrimonial - Solvência Geral (SG)	PERTINENTE	2,00	2,00	No período 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. Desta maneira a instituição alcança o score de pontuação. A Instituição foi orientada a apresentar a declaração da análise financeira em papel timbrado.
33	A24. Relação de enfermeiros leitos	NÃO PERTINENTE	2,00	2,00	A Instituição anexou no Portal CROSS relatórios informando número de enfermeiros nos meses de Julho, Agosto e Setembro, divergentes com o CNES, visto que no CNES constam 96 enfermeiros CNES e no relatório um total de 123 enfermeiros. A Instituição informou que em virtude de contrato de arrendamento com a UNIMED (111 leitos) os enfermeiros que estão alocados nas enfermarias destinadas à UNIMED, não fazem parte do quadro de profissionais da Instituição, o que impossibilita informar, com certeza, o quantitativo destes profissionais. Diante disso, a Comissão optou por trabalhar com dados reais e possíveis de mensurar, sendo eles os seguintes: Julho: 223 leitos, 96 enfermeiros assistenciais em atuação no período, 0,43 enfermeiros / leito Agos 223 leitos, 96 enfermeiros assistenciais em atuação no período, 0,43 enfermeiros / leito Setembro: 223 leitos, 96 enfermeiros assistenciais em atuação no período, 0,43 enfermeiros / leito. A Comissão solicita que o Núcleo Executivo considere essa mesma lógica para o trimestre anterior, visto que este foi o consenso estabelecido nessa avaliação. A Instituição se compromete a anexar na próxima avaliação cópia do Contrato que comprove o Arrendamento.

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 30,10%. 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 7.673 paciente / dia de 10.856 leitos / dia, que corresponde a 70,68% 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 1.319 pacientes / dia e 1.380 leitos / dia, que corresponde a 95,58% 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 3.445 pacientes / dia e 1.455 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,37 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 4.228 pacientes / dia e 1.666 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,54 dias de média de permanência na Especialidade Clínica Cirúrgica. 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
39	B06. Tempo médio de permanência - UTI Adulto	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição apresentou os anexos com o total de 1.319 pacientes / dia e 271 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 4,87 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	NÃO PERTINENTE	2,00	1,00	O relatório do mês de julho está em desacordo com os demais meses, visto que a Instituição utilizou pacientes SUS nesse mês e nos demais o número total de pacientes. Em setembro a Instituição fez uma ressalva justificando a alterações, salientando que os dados corretos são: Julho: 64 óbitos ocorridos em pacientes após 24 horas, 1.787 pacientes que tiveram saída, totalizando 3,58% mortalidade institucional Agos 77 óbitos ocorridos em pacientes após 24 horas, 1.767 pacientes que tiveram saída, totalizando 4,36% mortalidade institucional Setembro: 78 óbitos ocorridos em pacientes após 24 horas, 1.706 pacientes que tiveram saída, totalizando 4,57% mortalidade institucional Portanto no período avaliado, houve 219 óbitos e 2.560 saídas no período, que corresponde a uma taxa de mortalidade institucional de 4,16 %. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados.
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.
42	B09. Incidência de queda de paciente	PERTINENTE	2,00	2,00	A Instituição anexou os relatórios informando que de 12.328 pacientes / dia, ocorreram no período 06 quedas o que representa 0,49. Nos relatórios devidamente identificados, datados e assinados constam análise descritiva e conduta. Cabe destacar que o número utilizado no denominador refere-se ao total de pacientes (SUS, Convênios e Particulares).
43	B10. Índice de rotatividade	PERTINENTE	2,00	2,00	No período avaliado houve 2.782 saídas - SUS, portanto, a Instituição obteve um índice de rotatividade de 4,42. Cabe destacar que os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados.
44	B11. Índice de uso de sala cirúrgica	PERTINENTE	2,00	2,00	No trimestre avaliado foram realizadas 3.273 cirurgias com índice de uso de sala cirúrgica de 3,23. Todos os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados.
TOTAL			103,00	80,00	
				77,67%	

Observações da Comissão

A Comissão enfatiza que o processo de avaliação e monitoramento muito contribui com a qualificação dos seus membros que vem proporcionando experiência que muito será útil no seu cotidiano de trabalho. Vale informar que ainda algumas dúvidas persistem como a necessidade de esclarecimentos por parte do responsável pelos indicadores da CROSS nos quais esta Comissão não consegue visualizar/compatibilizar os dados informados com os levantados pela Instituição. Esta divergência, algumas vezes, provoca situações de impasse que poderiam ser evitadas. Reforçamos ainda a necessidade/importância de que todos os envolvidos neste processo de avaliação tenham acesso ao relatório do Núcleo Técnico Executivo, responsável por validar ou não a avaliação da Comissão Regional.