



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 Abril a data da última atualização foi 04/05/2017, sendo a local na data de 28/03/2017; No mês de Maio a data da última atualização foi 11/06/2017, sendo a local na data de 28/03/2017; No mês de Junho a data da última atualização foi 02/07/2017, sendo a local na data de 27/06/2017. Os relatórios de alterações do CNES, (gerados pela unidade) foram anexados com as devidas atualizações no mês de Abril, o relatório de alteração do CNES, gerado pela unidade em 05/05/2017 Informou que não houve alterações no CNES da instituição. Nos meses de Maio e Junho os relatórios foram gerados respectivamente pela unidade em 22/06/2017 e 26/07/2017 com alterações apenas em RH. Cabe ressaltar que a Instituição informou que o sistema vem apresentando problemas técnicos e que abriu chamado junto ao MS. 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 259 AIHs, das quais 225 possuem CID secundário, o que representa 86,87%. 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 553 possuem CID secundário, o que representa 96,17%. 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 950 AIHs, das quais 917 possuem CID secundário, o que representa 96,53%. 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 1.174 AIHs, das quais 882 possuem CID secundário, o que representa 75,13%. 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 182 atualizações no Portal CROSS esperadas, 178 atualizações foram realizadas, atingindo o percentual de 97,80%.
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 964 solicitações de atendimento pela Central de Regulação de Urgência, 755 foram respondidas, o que representa um percentual de 78,32%. A Comissão reitera a recomendação da avaliação anterior, onde solicita ao NIR da Instituição mais efetividade a fim de agilizar as respostas às solicitações. Entretanto, a Instituição também gostaria de pontuar que os dados emitidos pela CROSS não condizem com a realidade visto que não consideram as regulações realizadas via Sistema Microrregião
8 A05. Atualização diária, no Portal CROSS, Módulo de Leitos ou Leitoss com AIH, da ocupação dos leitos hospitalares	PERTINENTE	5,00	5,00	No trimestre avaliado o total de internações foi 2036, sendo que 2.025 foram informadas em até 24 horas, correspondendo a 99,46 %.
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 12.877, destes, 12.728 foram informados dentro do prazo, correspondendo a 98,84 %.
10 A07. Disponibilização mensal da agenda, no Portal CROSS, Módulo Ambulatorial	PERTINENTE	5,00	5,00	Durante o trimestre avaliado foram disponibilizadas 18.280 consultas/exames no módulo de regulação ambulatorial no Portal CROSS e destas 18.168 foram dentro do prazo estabelecido, correspondendo a 99,39%.
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	Após verificação dos itens propostos para a avaliação deste indicador considerou-se que o Indicador A.9 - Alta Responsável encontra-se IMPLANTADO a partir do mês de junho. Nos meses de abril e maio o indicador estava em implantação. Justificativa: A Santa Casa de São Carlos têm Implantado todos os dispositivos que compõem o Indicador A9 e demonstra um importante empenho na avaliação e monitoramento destes dispositivos.
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, entretanto os dados se referem a meses que não condizem com o período avaliado, 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 e que o painel de indicadores seja assinado antes de anexar. A Instituição alega que devido a implantação de sistemas para a possibilidade de integração de dados e fechamento mensal, que não foi atendida pela empresa contratada para tanto, a Santa Casa fez a rescisão contratual com a empresa responsável e já fez nova contratação de fornecedor para tanto.
14 A11. Política Estadual de Humanização (PEH)	PERTINENTE	2,00	2,00	Considerando os critérios dos indicadores pelo Núcleo Técnico de Humanização da SES/SP c após análise em relação à Política Estadual de Humanização, avaliamos que as ações referentes ao Indicador?A.11 encontram-se implantado. Justificativa: A instituição tem enfrentado algumas mudanças do ponto de vista estruturais e institucionais. inclusive com perda significativa de funcionários. o que tem impactado diretamente na qualidade da assistência prestada. Entretanto. conta com um a equipe envolvida e dedicada para a implementação de ações de humanização , estando imbuídos no processo de qualificação destas ações.
15 A12. Apresentação das contas hospitalares no mês imediato ao do encerramento da AIH (alta hospitalar)	PERTINENTE	3,00	3,00	No período avaliado das 2958 AIHs apresentadas, 2.513 corresponde ao mês imediato à saída, o que representa um percentual de 84,96%. Foram anexados no Portal CROSS os relatórios mensais. Cabe destacar que todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.
16 A13. Apresentação das contas ambulatoriais no mês imediato a realização do procedimento (APAC)	PERTINENTE	3,00	3,00	No período avaliado das 3165 APACs apresentadas, 3113 corresponde ao mês imediato à realização do procedimento, o que representa um percentual de 98,36 %. Foram anexados no Portal CROSS os relatórios mensais. Cabe destacar que todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.
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 3.251 AIHs, das quais 3.003 possuem caracterização correta no Caráter de Internação (Urgência/Eletiva), representando 92,37%. Todos os relatórios estão devidamente identificados e assinados.
18 A15.1. Comissões - Ética Médica	PERTINENTE	0,50	0,50	Referente Abril/2017, a instituição anexou no Portal CROSS a pauta da reunião que aconteceu em 05/04/2017 No mês de Maio 03/05/2017 e Junho 28/06/2017 com pautas das reuniões e cronograma anual 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, e Gráficos dos indicadores de Infecção hospitalar no período avaliado, sendo que a mesma reuniu-se em: 13/04/2017, 31/05/2017 e 22/06/2017.
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 28/04/2017, 31/05/2017 e 30/06/2017. 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 pelos representantes da Comissão.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão	Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
21 A15.4. Comissões - Prontuários	PERTINENTE	0,50	0,50	A Instituição anexou Regimento Interno da Comissão, cronograma anual de reuniões e atas referentes ao período avaliado, sendo que a mesma reuniu-se em 19/04/2017, 18/05/2017 e 21/06/2017.
22 A16. Comissão Intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes	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 Jan/2014, revisado em Março de 2017 com previsão de nova revisão em Mar/2018
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 06/02/2018 nos meses avaliados.
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	2,00	No período avaliado, das 1.997 cirurgias agendadas, 124 cirurgias foram suspensas por motivos administrativos, com percentual de 6,21%.
27 A20. Taxa de recusa de solicitações de Urgência mediadas pela Central de Regulacao	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 964 solicitações de atendimento recebidas pela Central de Regulação foram recusadas pela Instituição 926 o que representa um percentual de recusa de 96,06% no período avaliado. A Comissão recomenda que a instituição continue revisando seu processo de trabalho em relação à melhoria do indicador.
28 A21. Percentual de Vaga Zero determinada pela Central de Regulação	PERTINENTE	5,00	2,00	Segundo o sistema da CROSS, durante o período avaliado das 98 solicitações da Central de Urgência, 10 foram vaga zero, correspondendo a 10,20%.
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	0,00	No trimestre avaliado foi anexado relatório com demonstrações contábeis referente ao exercício findo 31/12/2016, relatório dos auditores independentes sobre as demonstrações contábeis da administração, declaração da análise financeira da Instituição devidamente assinada e carimbada pelo contador da mesma, bem como Balanço Patrimonial referente ao ano de 2016 e Parecer Técnico do Balanço Financeiro referente a 31/12/2016. A Instituição justifica que o não atendimento do índice de liquidez corrente 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 com necessidade de captar recursos no mercado financeiro para honrar seus compromissos. Com isso, a mesma não deixa de cumprir seu compromisso principal que é a prestação de serviço de qualidade ao paciente.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/A - Indicadores de Qualificação da Gestão		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
31	A23.2. Balanço Patrimonial - Liquidez Geral (LG)	PERTINENTE	2,00	0,00	No trimestre avaliado foi anexado relatório com demonstrações contábeis referente ao exercício findo 31/12/2016, relatório dos auditores independentes sobre as demonstrações contábeis da administração, declaração da análise financeira da Instituição devidamente assinada e carimbada pelo contador da mesma, bem como Balanço Patrimonial referente ao ano de 2016 e Parecer Técnico do Balanço Financeiro referente a 31/12/2016. A Instituição justifica que 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, a mesma não deixa de cumprir seu compromisso principal que é a prestação de serviço de qualidade ao paciente.
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 2016
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.
<b>TOTAL</b>			<b>78,00</b>	<b>61,00</b>	
				<b>78,21%</b>	

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 32,35%. 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 8123 paciente/dia de 10.738 leitos/dia, que corresponde a 75,65% 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 1.349 pacientes/dia e 1.365 leitos/dia, que corresponde a 98,83% de ocupação de leitos de Terapia Intensiva. Em todos os meses os relatórios estão devidamente identificados, carimbados e assinados.



SANTA CASA SAO CARLOS

Mapa de Indicadores/B - Indicadores de Produção		Avaliado Como	Pontos Possíveis	Resultado	Observação
37	B04. Tempo médio de permanência - especialidade clínica	PERTINENTE	2,00	2,00	A instituição apresentou os anexos com o total de 3.543 pacientes/dia e 1.373 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,58 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 4580 pacientes/dia e 1.730 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 2,65 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 1351 pacientes/dia e 303 pacientes com saída no mesmo período, que corresponde a 4,46 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 213 óbitos e 5.404 saídas no período, que corresponde a uma taxa de mortalidade institucional de 3,94%. 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 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 14.222 pacientes/dia, ocorreram no período 04 quedas o que representa 0,28. Nos relatórios devidamente identificados, datados e assinados consta justificativa e ações tomadas.
43	B10. Índice de rotatividade	PERTINENTE	2,00	2,00	No período avaliado houve 3064 saídas ? SUS com 630 leitos, portanto, a Instituição obteve um índice de rotatividade de 4,86. 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 3240 cirurgias com índice de uso de sala cirúrgica de 3,24. Todos os relatórios estão devidamente identificados, datados e assinados.
<b>TOTAL</b>			<b>103,00</b>	<b>81,00</b>	
				<b>78,64%</b>	

### Observações da Comissão

A Comissão enfatiza o monitoramento sistemático como uma ferramenta importante para a gestão tanto hospitalar quanto municipal, visto que os indicadores refletem os processos desenvolvidos em todos os âmbitos. Cabe destacar a evolução gradativa da instituição no alcance das metas desde o início do Programa, o que reflete o empenho da equipe intra-hospitalar e da gestão municipal. A comissão aproveita para reforçar a solicitação da divulgação dos resultados obtidos pela instituição na avaliação realizada pelo Núcleo Executivo.