



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DONA CAROLINA MALHEIROS
Rua Carolina Malheiros, nº 92 | Vila Conrado | São João da Boa
Vista/SP | CEP: 13.870-720
Fone: (19) 3634-1133 | 3633-2222 | www.santacasasaojoao.com.br

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DONA CAROLINA MALHEIROS

Relatório de Resultados e Atividades
Convênio 001/2017
Primeiro Quadrimestre 2020

São João da Boa Vista - SP

4

1 Introdução

O presente relatório tem por objetivo descrever e apresentar as Atividades assistenciais de produção, metas e indicadores, financeiras e administrativas desenvolvida, relacionadas ao Convênio 001/2017, celebrado entre a Prefeitura de São João da Boa Vista e a Santa Casa de Misericórdia Dona Carolina Malheiros.

O documento está estruturado de acordo com as linhas de ação estabelecidas pelo plano operativo, que monitora e avalia o desempenho das ações no cumprimento das metas estabelecidas e na Lei 13.992 de 22/04/2020 que *suspende por 120 dias, a contar de 1º de março do corrente ano, a obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestados de serviço de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.*

Para avaliação, serão considerados somente os meses de janeiro e fevereiro de 2020 conforme Lei 13.992 de 22 de abril de 2020, porém são apresentadas as produções hospitalares e ambulatoriais do 1º Quadrimestre de 2020.

2 OBJETIVOS E PROPOSTA

2.1 Objetivo Geral

O convênio 001/2017 tem por objeto integrar a Santa Casa no Sistema Único de Saúde - SUS de forma complementar e definir a sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, visando a garantia da atenção integral à saúde dos munícipes que integram a região de saúde na qual a Santa Casa está inserida e conforme Plano de Trabalho apresentado e o Plano Operativo previamente definido entre as partes.

2.2 Objetivos Específicos

- Prestar assistência à saúde gratuita aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, observando o disposto no art. 198, da Constituição Federal, no Inciso I, no art. 7º, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que fixa os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS e na forma deste Processo de Seleção;
- Prover serviços de assistência à saúde de melhor qualidade;
- Assegurar a gestão da qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento ao usuário do SUS;



- Implantar um modelo de gerência dentro da concepção administrativa por objetivos, onde preponderam os resultados alcançados face às metas pactuadas;
- Atender as demandas ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade referenciadas dos serviços de saúde da rede de atenção à Saúde na qual a Santa Casa está inserida,
- Garantir a humanização da assistência.

3 Atividades Executadas

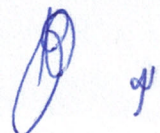
A Santa Casa de Misericórdia Dona Carolina Malheiros, como conveniada com a Prefeitura Municipal de São João da Boa Vista através de seu plano operativo apresenta suas produções nos blocos de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar.

A atenção é voltada ao cumprimento das produções pelo pactuado, porém em razão da pandemia do COVID-19 o cumprimento das metas pactuadas foram diretamente impactadas devido a reestruturação de leitos hospitalares para atendimento dos pacientes afetados pela pandemia do COVID-19, encaminhados pelas referências pactuadas, bem como pela suspensão das cirurgias eletivas e do atendimento ambulatorial e exames externos em cumprimento ao Decreto Municipal 6.389 de 17 de março de 2020 no intuito de reduzir, no período de emergência, o fluxo e aglomeração de pessoas nos locais de atendimento, em especial das pessoas inseridas, segundo as autoridades de saúde e sanitária, no grupo de risco de maior probabilidade de desenvolvimento dos sintomas mais graves decorrentes da infecção pelo Corona Vírus.

As unidades primárias de São João da Boa Vista, para solicitação de vagas de internação, sempre encaminham pacientes em condições bem favoráveis de atenção e cuidado, objetivando uma melhor assistência e recuperação do mesmo em tempo oportuno. O município é eficiente no acompanhamento da atenção básica e a boa oferta de procedimentos diagnósticos reflete muito na qualidade da saúde do paciente.


As referências fora de São João, principalmente as que não estão vinculadas diretamente, encaminham diversos pacientes em condições pouco favoráveis de prognósticos, comprometendo o resultado para o paciente e para as produções. Esse dado pode ser observado no quadro abaixo que apresenta a taxa de óbito por proveniência do período de janeiro a abril de 2020.

Referência	Internações Saídas SUS	Óbito Absoluto SUS	Taxa
Referência Aguai	471	44	9%



Referência Águas da Prata	66	5	8%
Regulação CROSS	79	31	39%
Referência Regional	30	2	7%
Referência São João da Boa Vista	1413	106	8%
Totais	2059	188	9%

Quadro com % de óbito por proveniência extraído do ERP da Entidade



Apresentação de produção Média e Alta Complexidade Ambulatorial

Para avaliação, serão considerados somente os meses de janeiro e fevereiro de 2020 conforme Lei 13.992 de 22 de abril de 2020, porém são apresentadas as produções ambulatoriais do 1º Quadrimestre de 2020.

Financiamento	Atenção Básica	Cota Mensal	Cota Quadr	jan/20	fev/20	mar/20	abr/20	Total Realizado Quadrimestre	%
GRUPO 02 - Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	58	232	28	47	59	57	191	82%	
GRUPO 03 - Procedimentos Clínicos	51	204	72	67	79	71	289	142%	
GRUPO 04 - Procedimentos Cirúrgicos	86	344	137	80	67	105	389	113%	
Total Atenção Básica	195	780	237	194	205	233	869	111%	

Financiamento	Alta Complexidade	Cota Mensal	Cota Quadr	jan/20	fev/20	mar/20	abr/20	Total Realizado Quadrimestre	%
SUBGRUPO 01 - Coleta de Material	1	4	-	-	-	-	-	-	0%
SUBGRUPO 04 - Diagnóstico por Radiologia	3	12	-	-	-	-	-	-	0%
SUBGRUPO 06 - Diagnóstico por Tomografia	182	728	204	159	349	224	936	129%	
SUBGRUPO 10 - Diagnóstico por Radiologia	7	28	-	-	-	9	-	-	0%
SUBGRUPO 12 - Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	2	2	2	2	2	2	2	100%	
SUBGRUPO 04 - Tratamento em Oncologia	352	1.408	358	345	376	339	1.418	101%	
SUBGRUPO 09 - Terapias Especializadas	15	60	-	-	-	-	-	-	0%
Total Geral da Alta Complexidade	562	2.242	564	506	736	565	2.371	106%	



Financiamento Média Complexidade		Cota Mensal	Cota Quadr	Jan/20	fev/20	mar/20	abr/20	Total Realizado Quadrimestre	%
SUBGRUPO 01 - Coleta de Material	2	8	1	-	-	-	-	1	0%
SUBGRUPO 02 - Diagnóstico em Laboratório Clínico	5.914	23.656	5.019	5.967	4.456	4.225	19.667	19.667	83%
SUBGRUPO 03 - Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citologia	31	124	4	13	15	1	33	33	27%
SUBGRUPO 04 - Diagnóstico por Radiologia	2.062	8.248	1.244	923	875	496	3.538	3.538	43%
SUBGRUPO 05 - Diagnóstico por ultrassonografia	81	324	123	83	105	77	388	388	120%
SUBGRUPO 09 - Diagnóstico por Endoscopia	4	16	9	1	9	-	19	19	119%
SUBGRUPO 11 - Métodos Diagnósticos por Especialidades	138	552	225	121	154	150	650	650	118%
SUBGRUPO 12 - Diagnóstico e Procedimentos Especiais em Hemoterapia	1.037	4.148	1.225	716	1.278	2.198	5.417	5.417	131%
Total Geral GRUPO 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica	9.269	37.076	7.850	7.824	6.892	7.147	29.713	29.713	80%
SUBGRUPO 01 - Consultas / Atendimento / Acompanhamentos	1.816	7.264	2.257	1.761	1.686	1.355	7.059	7.059	97%
SUBGRUPO 02 - Fisioterapia	5.351	21.404	5.474	6.658	7.018	2.709	21.859	21.859	102%
SUBGRUPO 03 - Tratamentos Clínicos (outras especialidades)	54	216	47	22	24	38	131	131	61%
SUBGRUPO 06 - Hemoterapia	684	2.736	848	500	888	1.495	3.731	3.731	136%
Total Geral GRUPO 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	7.905	31.620	8.626	8.941	9.616	5.597	32.780	32.780	104%
SUBGRUPO 01 - Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecidos subcutâneos e mucosa	13	52	10	5	3	1	19	19	37%
SUBGRUPO 07 - Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	1	4	-	-	-	-	-	-	0%
SUBGRUPO 08 - Cirurgia do Sistema Osteomuscular	21	84	21	15	21	27	84	84	100%
SUBGRUPO 17 - Anestesiologia	4	16	3	5	3	1	12	12	75%
Total Geral GRUPO 04 - Procedimentos Cirúrgicos	41	164	36	33	31	31	131	131	80%
Total Geral da Média Complexidade	17.215	68.860	16.512	16.798	16.539	12.775	62.624	62.624	91%



Financiamento Alta Complexidade		Cota Mensal	Cota Quadr	jan/20	fev/20	mar/20	abr/20	Total Realizado Quadrimestre	%
SUBGRUPO 01 - Coleta de Material	1	4	-	-	-	-	-	-	0%
SUBGRUPO 04 - Diagnóstico por Radiologia	3	12	-	-	-	-	-	-	0%
SUBGRUPO 06 - Diagnóstico por Tomografia	182	728	204	159	349	224	936	129%	
SUBGRUPO 10 - Diagnóstico por Radiologia	7	28	-	-	9	-	-	-	0%
SUBGRUPO 12 - Diagnostico e procedimentos especiais em hemoterapia	2	2	2	2	2	2	2	100%	
SUBGRUPO 04 - Tratamento em Oncologia	352	1.408	358	345	376	339	1.418	101%	
SUBGRUPO 09 - Terapias Especializadas	15	60	-	-	-	-	-	-	0%
Total Geral da Alta Complexidade	562	2.242	564	506	736	565	2.371	106%	

Financiamento FAEC		Cota Mensal	Cota Quadr	Jan/20	fev/20	mar/20	abr/20	Total Realizado Quadrimestre	%
GRUPO 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	618	2.472	636	571	597	609	2.413	98%	
GRUPO 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	21	84	2	2	4	3	11	13%	
Total Geral do FAEC	639	2.556	638	573	601	612	2.424	95%	



Apresentação de produção Média e Alta Complexidade Hospitalar

Para avaliação, serão considerados somente os meses de janeiro e fevereiro de 2020 conforme Lei 13.992 de 22 de abril de 2020, porém são apresentadas as produções hospitalares do 1º Quadrimestre de 2020.

Grupo de Procedimento	Cota Mensal	Cota Quadr	jan/20	fev/20	mar/20	abr/20	Total Realizado Quadrimestre	%
Clínica Cirúrgica	180	720	174	178	132	78	562	78%
Clínica Obstétrica	84	336	105	103	83	91	382	114%
Clínica Médica	404	1.616	347	302	246	169	1.064	66%
Clínica Pediátrica	23	92	15	20	28	29	92	100%
Total Geral do FAEC	691	2.764	641	603	489	367	2.100	76%




4 Indicadores de Desempenho

Os indicadores de desempenho são ferramentas desenvolvidas como a finalidade de monitorar e avaliar garantindo o aprimoramento constante e eficaz, das ações de vigilância em saúde.

Considerando o DECRETO Nº 6.389, DE 17 DE MARÇO DE 2020 “Declara Estado de Emergência na Saúde Pública do Município de São João da Boa Vista, em razão da pandemia do COVID-19 (Novo Coronavírus) e dispõe sobre medidas para o seu monitoramento e enfrentamento.”

Considerando a LEI Nº 13.992, DE 22 DE ABRIL DE 2020 “Suspende por 120 (cento e vinte) dias, a contar de 1º de março do corrente ano, a obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).”

Considerando a Pandemia do COVID-19, para efeito de avaliação do Convênio serão apresentadas as produções referente ao 1º Quadrimestre de 2020 e para efeito de pontuação serão considerados somente os meses de janeiro e fevereiro/2020.

Portanto, todas as considerações apresentadas neste Relatório de Atividades são baseadas nos meses de janeiro e fevereiro de 2020, pois os demais meses do Quadrimestre foram diretamente impactados devido a reestruturação hospitalar e ambulatorial para atendimento dos pacientes afetados pela COVID-19.

Indicadores quantitativos ambulatoriais

Os indicadores do Plano Operativo possuem suas referências baseadas nos indicadores planejados em cada diretriz, rede ou programa, em algumas das situações apresenta a idealidade, não representando a realidade do serviço ou da casuística da população e dos pacientes.

O indicador que mede o número de procedimentos realizados com os conveniados, nos dois primeiros meses manteve comportamento normal frente a demanda de solicitação.

Na apresentação do indicador de Alta Complexidade a entidade mantém comportamento estável na apresentação dos dados, visto a produção ser mais controlada e específica, representando o cumprimento do convênio quanto a apresentação.

Os atendimentos de traumatologia têm sofrido com a alta demanda de pacientes de média complexidade e a continuidade do tratamento aos pacientes atendidos na urgência que sobrecarregam o serviço, impedindo a produção da pactuação específica do convênio.



O indicador do ambulatório de neurocirurgia, apesar de todo o esforço da entidade, não foi suficiente para atender a pactuação. As consultas estão disponibilizadas, porém ainda, muito precisa ser trabalhado com a regulação das origens, os pacientes que vem para o serviço são, em quantidade significativa, tipicamente clínicos e de pouca evidência para a complexidade, exigindo mais recursos para produção suficiente dos casos. Nesse quadrimestre a produção já foi mais expressiva, porém falta uma quantidade significativa de consultas para seu atingimento em 100%. A entidade ainda não atinge o indicador, e é necessário maior empenho na produção dos casos. Para o próximo quadrimestre recuperará essa produção e organizando o sistema para o cumprimento da pactuação.

A produção de radioterapia mantém acima da pactuação pela alta demanda de pacientes no serviço. Essa demanda não prejudica a entidade que se organiza para a assistência ao paciente e cumprimento da pactuação conveniada.

No indicador de Quimioterapia, a entidade é prejudicada, pois a produção é interferida pela demanda de casos, que depende da conduta de tratamento baseada na causa do paciente.

As sessões de hemodiálise seguem uma constância de pacientes no serviço, estando em conformidade com a pactuação. Este indicador será trabalhado pela Santa Casa no próximo quadrimestre afim de atingir a pontuação adequada do indicador.

Indicadores quantitativos internados

Quando se apresenta as produções de internações, a entidade, no que diz a quantidade física de internações, AIH aprovadas, fica um pouco abaixo do valor contratado sendo reflexo dos tipos de patologia e demanda de pacientes nos serviços, porém o indicador mantém o percentual de atendimento em relação ao quadrimestre anterior.

A apresentação das AIHs está alinhada nesse quadrimestre atingindo a média de 79,34% de entregas de AIHs dentro da competência. Esse resultado foi alcançado através da melhoria do processo de faturamento.

Na apresentação do indicador das cirurgias traumato-ortopédicas de alta complexidade são procedimentos que a entidade está reestruturando seus processos de gestão das demandas objetivando o aumento da oferta. Hoje a equipe é sobrecarregada com o seguimento ambulatorial de média complexidade, diminuindo a produção cirúrgica conveniada. É projeto da entidade, junto com o gestor, de criar um serviço ambulatorial de tratamento clínico para diminuir a demanda de pacientes no serviço de alta complexidade.



4

Conforme apresentado no indicador anterior, onde a pactuação não é atingida por conta da sobrecarga de procedimentos, no indicador de média complexidade a entidade extrapola a quantidade conveniada, por conta da demanda de pacientes e pela capacidade operacional do serviço.

O indicador que apresenta as cirurgias de alta complexidade em neurocirurgia, a entidade tem dedicado bastante energia no cumprimento do convênio e organização da especialidade, neste quadrimestre ainda não foi possível atingir a produção conveniada. A equipe foi reestruturada no quadrimestre anterior e o planejamento da entidade é cumprir com o indicador de maneira satisfatória, todavia esse indicador é dependente da demanda de pacientes com casos oportunos para tratamento e acompanhamento, como essa é uma complexidade muito cara, há uma dificuldade de manutenção e perenidade da entidade para cumprir o conveniado.

As cirurgias eletivas são produções que tem sido grande preocupação da entidade, as dificuldades operacionais, a falta de investimentos em equipamentos e infraestruturas e devido à alta demanda de cirurgias de urgência comprometendo a ampliação da capacidade instalada resulta numa produção aquém do conveniado. Para esses casos há grande demanda de pacientes. A entidade tem buscado se organizar para a efetiva produção dos casos e atendimento dos indicadores. Outro ponto que prejudica bastante e execução dessa pactuação é a condição de financiamento do SUS, com valores sem atualização há mais de 10 anos.

Indicadores qualitativos financeiros

No indicador de utilização de recursos financeiros do convênio, a entidade dedica-se ao controle da operação e execução do convênio, utilizando até mais do que 100% do recurso para a execução da pactuação de alta complexidade.

Na utilização dos recursos de média complexidade, a entidade realiza mais do que 100% do recurso para a produção apresentada, o indicador considera apenas o valor de faturamento da tabela SUS – SIGTAP que são as informações apresentadas ao ministério da saúde. Este indicador não leva em consideração os valores de custo com a operação, em algumas situações os procedimentos podem custar mais que 200% do valor apresentado em faturamento.

Indicadores qualitativos operacionais

4



O indicador de cumprimento de capacitações não foi apresentado o relatório com as comprovações dos treinamentos realizados no período devido à uma falha da Entidade. Para o próximo quadrimestre essa falha será corrigida.

Na mensuração da satisfação dos clientes, tem sido um desafio da entidade na manutenção e no crescimento das avaliações dos usuários, porém a pontuação é atingida com o percentual mínimo.

No índice de satisfação dos clientes e acompanhantes que passam pelo serviço da instituição, o esperado que seja no mínimo 80% e a entidade tem cumprido com o resultado em todos os meses do quadrimestre.

No indicador de percentual de partos vaginais, (parto normal) é um indicador que tem prejudicado a entidade na sua mensuração, pois a meta é muito alta frente a realidade assistencial da saúde das referências da entidade. A programação básica de saúde precisa estar integrada ao hospital para trabalhar a enculturação da gestante para optar pelo parto natural.

Todo o modelo assistencial para o parto está pautado para sua humanização e buscando as melhores práticas para o melhor resultado ao paciente. Aqui cabe o destaque do projeto Caminhos de Mãe que é uma plataforma de orientação, conscientização e aproximação da estrutura da maternidade as futuras mães durante seus nove meses de gestação, possibilitando uma mudança de cultura e trabalhando a opção da mulher para o nascimento.

Historicamente há ainda alguns fatores de impedimento para avanço do indicador de parto normal, como o histórico anterior de cesárias, condição clínica da paciente e o trabalho na rede básica de saúde.

A taxa de ocupação de leitos é um desafio da entidade para a organização, acompanhamento e controle da produção. Atualmente a instituição tem investido na reorganização operacional e na gestão do leito hospitalar, porém com o crescente aumento de pacientes advindos de outras unidades hospitalares e também o aumento das patologias que necessitam de contingências ou precaução, fazem com que a entidade perca leitos por inutiliza-los por consequência do manejo específico do caso, como por exemplo os isolamentos de doenças contagiosas que o paciente fica alocado num leito privativo, inutilizando os demais leitos do quarto pelo período de sua internação.

A entidade em seus indicadores de tempo médio de permanência, tanto na clínica médica e clínica cirúrgica a entidade faz um bom manejo e controle das internações estando abaixo da permanência máxima. O bom resultado



4

neste indicador está na realidade da entidade de sempre atender a demanda de internações dos pacientes de São João e região.

A taxa de mortalidade institucional é um indicador desafiador, operacionalmente a entidade é um hospital de média e alta complexidade, porém é o único dispositivo hospitalar SUS para a população de São João, Aguai e Águas da Prata. Essas populações servindo dos recursos da entidade e como consequência da cultura da população moderna que não lida de maneira natural com a situação de morte e acaba insistindo na internação de pacientes sem prognósticos ou em situação de terminalidade que acaba aumentando o número de óbitos da instituição. Outro reflexo importante é a demanda de pacientes encaminhados via regulação de urgências que em 25% ou mais dos casos são internados na instituição sem prognósticos favoráveis ou em situação insuficiente da sua manutenção até a entrada na instituição como observado óbitos por proveniência. Esse reflexo não prejudica apenas a entidade nos seus indicadores, também no impacto financeiro que normalmente o comprometimento de custo do paciente é mais elevado para dar condição favorável de recuperação.

Os leitos de UTI são bem gerenciados pela entidade que os coloca disponível para a toda região através da regulação estadual de Urgência e Emergência, estando em números bem satisfatórios de operação e controle. No próximo quadrimestre a entidade está se organizando para uma otimização maior do recurso, colocando a UTI mais disponível aos pacientes de toda a região.

Nos indicadores de entregas de documentos a entidade tem se dedicado a organização e implementação de dispositivos que oriente a um melhor cumprimento das metas estabelecidas para o convênio 001/17. Ademais, no **Anexo I** está a apresentação de cada indicador com sua apreciação de cada uma das metas, e nelas um plano de atuação para complementação do indicador.



2

5 Recursos Financeiros

Os controles utilizados para o acompanhamento do Convênio 001/2017 visam assegurar condições para a avaliação da correta execução financeira dos recursos repassados pela Prefeitura.

Os dados apresentados neste relatório representam a realidade do convênio, observando as características fundamentais de transparência.

Com escassez de recursos, a entidade busca sempre, alternativas de investimento e planejamento para o futuro em busca de uma Saúde que seja, de fato, para todos, equitária, igualitária e universal.

A queda no montante dos recursos federais para financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos principais desafios enfrentados pela gestão da Saúde Pública como um todo, sendo também a realidade refletida da Santa Casa.

De um lado, é preciso garantir assistência universal e aos mais de 60% da população que dependem da Santa Casa e do SUS, ao mesmo tempo em que há a pressão por inovação, modernização, manutenção e ampliação de capacidade, fatos inerentes à era da Saúde Modernizada. O complicador comum é a difícil crise financeira que a Santa Casa vive, no cenário do Brasil hospitais filantrópicos acumulam um endividamento da ordem de R\$ 20 bi (dados até esse quadrimestre).

Neste sentido, investir em tecnologia e modernização da estrutura e equipamentos é um caminho para racionalizar os custos e aperfeiçoar a produção, conseqüentemente o cumprimento das metas e das pactuações. Realidade pouco atingível pela deficiência no financiamento do custeio da operação.

Na Santa Casa, a percepção e reflexos destes dados, expressam o sub-financiamento crônico com o qual a administração do SUS teve de lidar desde o seu surgimento, há 30 anos.

O quadro para os próximos anos é ainda mais preocupante para a gestão de Saúde no SUS, que tem de pensar em um sistema para mais cidadãos com menos recursos, principalmente devido ao limite do teto de gastos durante 20 anos, aprovado em 2016.

Quanto ao convênio em questão o 001/2017, firmado a luz da lei 3410 de 30 de dezembro de 2013 que trata da Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde traz para a entidade condições de oferecer a população a saúde que precisam e merecem. Este



g



15
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DONA CAROLINA MALHEIROS
Rua Carolina Malheiros, nº 92 | Vila Conrado | São João da Boa
Vista/SP | CEP: 13.870-720
Fone: (19) 3634-1133 | 3633-2222 | www.santacasasaojoao.com.br

convênio garante também, serviços essenciais e de grande importância regional.

A seguir serão apresentados os repasses e as despesas que foram objetos do convênio 001/17 em conformidade com o plano operativo e os repasses feitos a entidade.

2

Despesas	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	1º Quadrimestre
Alimentos			61.510,70	12.991,64	74.502,34
Auxílio/Vale Transporte			9.666,40	3.293,80	12.960,20
Cesta básica (dissídio coletivo)		27.500,00		37.440,20	64.940,20
COFINS/PIS/CSLL s/ Serviços PJ		46.023,80	22.157,11	47.292,85	115.473,76
Contribuição Confederativa		4.255,98			4.255,98
Convênio Odontológico ((consignado)					0,00
Coordenador de UTI PJ					0,00
Décimo Terceiro Salário		62.820,07	46.964,70	41.168,86	150.953,63
Empréstimos (consignado)					0,00
Energia Elétrica	70.219,13	66.468,20		68.145,91	204.833,24
Exames Clínicos e Laboratoriais			7.990,86		7.990,86
FGTS - Fundo de Garantia	145.127,42	101.667,87	102.233,86	103.402,62	452.431,77
Financeira	329.719,49	400.019,92	330.223,74	329.694,04	1.389.657,19
Fisioterapeuta PJ			40.275,33		40.275,33
Gás (GLP)					0,00
Higiene e Limpeza		1.040,20			1.040,20
Impressos e Materiais Expediente			7.505,40		7.505,40
INSS Parcelamento			1.584,00		1.584,00
INSS s/ Serviços PJ		78,24	5.917,82	19.123,44	25.119,50
Instrumentação Cirúrgica PJ				12.371,25	12.371,25
IOF s/ Operações Financeiras	82,76	325,55	245,86	119,94	774,11
IRRF s/ Operações Financeiras	2,55	41,35	19,33	19,51	82,74



2

IRRF s/ Proventos									0,00
IRRF s/Serviços PJ		14.486,39	7.107,43		19.705,17				41.298,99
ISS s/Serviços PJ		11.447,85	12.691,77		17.451,86				41.591,48
Litotripsia PJ	1.800,99		3.001,66						4.802,65
Locação de Equipamentos PJ			3.037,14						3.037,14
Locação de Software PJ			24.918,09						24.918,09
Manutenção de Equipamentos			9.914,08						9.914,08
Materiais de Laboratório		6.252,60	19.934,43		4.172,35				30.359,38
Materiais Descartáveis	1.079,73	5.370,99	45.180,57		15.640,00				67.271,29
Materiais Médico Hospitalares	9.958,82	47.391,16	93.679,45		16.661,48				167.690,91
Medicamentos	60.911,92	81.612,06	48.198,32		1.343,83				192.066,13
Medicamentos e Materiais Hospitalares			48.492,92		14.830,25				63.323,17
Médico(a) Consulta PF		8.765,73	6.006,13						14.771,86
Ortese, Prótese e Materiais Especiais - OPME			8.909,44		1.749,02				10.658,46
Oxigênio			13.230,44						13.230,44
PIS/IRRF Parcelamento		2.434,27	329,87						2.764,14
Plantonista Bucomaxilo PJ		4.024,61	4.024,61						8.049,22
Plantonista Clínica Médica SUS PJ		36.133,50	80.555,59						116.689,09
Plantonista Ginecologia e Obstetícia PJ		82.489,77	83.703,48		90.063,18				256.256,43
Plantonista Neurocirurgia/Neurologia PJ			46.925,00						46.925,00
Plantonista Oncologia PJ					26.855,18				26.855,18
Plantonista Urologia PJ		12.012,80							12.012,80
Plantonista UTI PJ			46.448,29		2.252,40				48.700,69
Plantonista Vascular PJ		22.582,46	21.798,77						44.381,23

Plantonistas a Distância PJ								0,00
Plantonistas Anestesiologia PJ		119.835,05				116.308,50		236.143,55
Plantonistas Cirurgia Geral PJ		82.839,99		81.138,73				163.978,72
Plantonistas Ortopedia PJ						112.387,00		112.387,00
Plantonistas Pediatria PJ		39.759,04				49.981,49		89.740,53
Quimioterapias e Radioterapias	541.615,09			534.012,96		336.389,26		1.412.017,31
Raios X		22.750,35						22.750,35
Salários	540.000,00	820.551,59		678.035,30		555.831,14		2.594.418,03
Serviços de Cateterismo e Angioplastia PJ	29.392,00			29.392,00		14.696,00		73.480,00
Serviços Médicos PJ								0,00
Terapia Renal PJ	1.228,32	92.909,76		204.557,34		90.499,57		389.194,99
Total Geral	1.731.138,22	2.223.891,15		2.791.518,92		2.161.881,74		8.908.430,03
						Saldo Inicial		10.721,93
						Receitas		10.131.820,44
						Saldo Final		1.234.112,34

Handwritten mark



6 Apresentação de custo dos serviços

Os serviços objetos do convênio 001/17 são realizados com a mais alta consideração pela instituição por ser o convênio mais importante e de maior responsabilidade para a sociedade de São João e Região.

Os grandes custos e a deficiência do financiamento em saúde são desafios para a realidade da instituição nos próximos anos.

Abaixo é apresentado de maneira sintética o comportamento da produção, seu faturamento, seu custo e o resultado.

Os valores apresentados são com base no convênio e seus valores repassados, as quantidades e os procedimentos produzidos e apresentados ao gestor SUS, e os custos foram utilizado sistema de absorção de custo direto e rateio por base de estatísticas relacionadas, objetivando a melhor e mais real apresentação dos dados.

Para efeito da demonstração de custo abaixo foi considerado na Receita, além do convênio 001/17, incentivos e recursos de outras fontes não vinculados ao objeto desse convênio.

4



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DONA CAROLINA MALHEIROS
 Rua Carolina Malheiros, nº 92 | Vila Conrado | São João da Boa Vista/SP | CEP: 13.870-720
 Fone: (19) 3634-1133 | 3633-2222 | www.santacasasaajoao.com.br



Ano Mês	Custo Internação	Custo total Ambulatorial	Custo Total SUS	Valor de Receita SUS	Resultado
jan/20	R\$ 2.280.524,14	R\$ 1.071.306,61	R\$ 3.351.830,74	R\$ 2.552.675,97	R\$ (799.154,77)
fev/20	R\$ 2.349.653,61	R\$ 984.053,82	R\$ 3.333.707,44	R\$ 2.958.264,06	R\$ (375.443,38)
mar/20	R\$ 2.458.613,80	R\$ 1.217.331,14	R\$ 3.675.944,93	R\$ 2.900.828,43	R\$ (775.116,50)
abr/20	R\$ 2.376.836,94	R\$ 1.148.555,32	R\$ 3.525.392,26	R\$ 2.913.650,71	R\$ (611.741,55)
total	R\$ 9.465.628,49	R\$ 4.421.246,89	R\$ 13.886.875,38	R\$ 11.325.419,17	R\$ (2.561.456,21)

O convênio está bem organizado e dentro das propostas organizacionais das portarias e legislações federais. O que pode ser observado é insuficiência de recursos financeiros para a compensação nos custos para a execução do convênio, há a necessidade de outras complementações inclusive com recursos próprios da entidade para continuidade dos serviços oferecidos aos pacientes objetos do convênio 001/17.

A entidade continua, persistente e em consonância com o Gestor para aumentar a qualidade dos serviços prestados, organizando a entidade para perenidade e sustentabilidade de sua atuação na sociedade.

7 Considerações Finais

Neste primeiro quadrimestre do convênio 001/2017 da Santa Casa de Misericórdia Dona Carolina Malheiros há em suas diversas análises uma condição de evolução, tanto para o cuidado como para a perenidade dos processos.

Há um grande gargalo a ser cumprido que sejam as demandas de cirurgias eletivas, que sofrem pela demanda de urgências e infraestrutura para suportar a demanda direta de pacientes.

A entidade tem sofrido com o não atingimento das metas dos indicadores conveniados, pois o que tem-se percebido é que há um reflexo externo muito importante a ser considerado que não depende da Instituição, uma vez que para os atendimentos de urgência não pode-se planejar a demanda de atendimentos, contudo o desequilíbrio nas ações propostas como não atender os pacientes eletivos não diminui as despesas da Instituição, pelo contrário, os atendimentos realizados hoje mostram uma desigualdade de realidade de custo, tendo pacientes da região em situações muito piores do que os locais, demandando mais investimentos.

Mesmo com todos os incentivos que a Instituição recebe e cumprindo pouco mais da produção conveniada, os valores previstos nos recursos se mostram insuficientes, demandando a necessidade de realinhamento deste convênio.

Contudo, entende-se ainda que existam muitos desafios a serem conquistados e superados, neste sentido a Santa Casa de Misericórdia Dona Carolina Malheiros está comprometida com o cumprimento das metas estabelecidas e atividades realizadas.

4





22

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DONA CAROLINA MALHEIROS
Rua Carolina Malheiros, nº 92 | Vila Conrado | São João da Boa
Vista/SP | CEP: 13.870-720
Fone: (19) 3634-1133 | 3633-2222 | www.santacasasaojoao.com.br

São João da Boa Vista, 10 de novembro de 2020.

Lúcia Helena Bonfanti

Lúcia Helena Bonfanti
Coordenadora de Gestão da Qualidade

Guilherme Morellin

Guilherme Morellin
Administrador

Marcio Roberto Francioli
Provedor

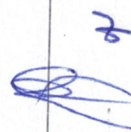
Anexo I - Indicadores

INDICADORES DAS METAS QUALITATIVAS - ANÁLISE DE DOCUMENTOS

Ind.	Objetivo	Aferição	Parâmetros de Pontuação	Fonte do material	Pontuação Máxima	Avaliações		Justificativa	Plano de Ação
						1º	Quadrimestre		
1	Examinar as escalas dos plantões das especialidades Pactuadas	Escalas das especialidades: 1 - Clínica cirúrgica; Ginecologia e Obstetrícia; Clínica médica; Neurologia e Neurocirurgia; Ortopedia; Anestesiologia; Pediatria 2 - Declaração elaborada pelo Diretor Técnico e Diretor Clínico assegurando a plena assistência das especialidades pactuadas.	Atendido = 10 pontos Atendido parcial = 5 pontos Não atendido = 0 pontos	Avaliação In loco	10	10			
2	Acompanhar as atualizações promovidas no cadastro do CNES nas modalidades: cadastro dos serviços e equipamentos e cadastro de profissionais	Declaração de regularidade e atualização das informações registradas no CNES (serviços e equipamentos e cadastro de profissionais)	Atendido = 10 pontos Atendido parcial = 5 pontos Não atendido = 0 pontos	Avaliação In loco	10	10			
3	Verificar o exercício das atividades da Comissão de Revisão de Prontuários.	Comprovantes: 1 - Regimento Interno 2 - Termo de nomeação da Comissão de Revisão de Prontuários; 3 - Cópia das atas das reuniões realizadas no quadrimestre 4 - Relatório analítico dos prontuários vistoriados, por especialidade.	Atendido = 10 pontos Atendido parcial = 5 pontos Não atendido = 0 pontos	Avaliação In loco	10	5		O indicador não cumprido devido à falta de reuniões no período.	O indicador somente retornará a sua normalidade após o término da Pandemia do COVID-19
4	Verificar o exercício das atividades da Comissão de Óbitos	Comprovantes: 1 - Regimento Interno 2 - Termo de nomeação da Comissão de Óbitos 3 - Cópia das atas das reuniões realizadas no quadrimestre 4 - Relatório analítico das causas terminais e básicas dos óbitos e medidas adotadas; 5 - Notificação dos óbitos maternos e neonatais.	Atendido = 10 pontos Atendido parcial = 5 pontos Não atendido = 0 pontos	Avaliação In loco	10	5		O indicador não cumprido devido à falta de reuniões no período.	O indicador somente retornará a sua normalidade após o término da Pandemia do COVID-19
5	Verificar o exercício das atividades da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Comprovantes: 1 - Regimento Interno; 2 - Termo de nomeação da Comissão; 3 - Atas das reuniões realizadas no quadrimestre; 4 - Relação de remessa devidamente assinado pela Vigilância Epidemiológica, de acordo com o cronograma, referente às planilhas mensais; 5 - Termo de divulgação de dados à Vigilância Epidemiológica (DEverão ser apresentadas as Planilhas Mensais conforme modelo proposto pelo CVE/SES).	Atendido = 10 pontos Atendido parcial = 5 pontos Não atendido = 0 pontos	Avaliação In loco	10	10			
6	Verificar o exercício das atividades da Comissão de Ética Médica	Comprovantes: 1 - Regimento Interno; 2 - Termo de nomeação da Comissão de Ética; 3 - Lista de presenças nas reuniões ocorridas no período avaliado.	Atendido = 10 pontos Atendido parcial = 5 pontos Não atendido = 0 pontos	Avaliação In loco	10	5		O indicador não cumprido devido à falta de reuniões no período.	O indicador somente retornará a sua normalidade após o término da Pandemia do COVID-19

Anexo I - Indicadores

7	Verificar o exercício das atividades da Comissão de Farmacologia	<p>Comprovaantes:</p> <p>1 - Regimento Interno; 2 - Termo de nomeação da Comissão de Farmacologia; 3 - Atas das reuniões ocorridas no período avaliado.</p>	Atendido = 10 pontos Atendido parcial = 5 pontos Não atendido = 0 pontos	10	5	O indicador não cumprido devido à falta de reuniões no período.	O indicador somente retornará a sua normalidade após o término da Pandemia do COVID-19
8	Verificar o exercício das atividades da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente	<p>Comprovaantes:</p> <p>1 - Regimento Interno; 2 - Termo de nomeação da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente; 3 - Atas das reuniões ocorridas no período avaliado.</p>	Atendido = 10 pontos Atendido parcial = 5 pontos Não atendido = 0 pontos	10	10		
9	Verificar o exercício das atividades do serviço de Farmácia e suas adequações às normas vigentes.	<p>Comprovaantes:</p> <p>1 - Declaração descrevendo o nome do farmacêutico; 2 - Manual de normas e rotinas atualizado; 3 - Licença de funcionamento expedido pelo Grupo de Vigilância Sanitária ou relatório de vistoria com parecer favorável.</p>	Atendido = 10 pontos Atendido parcial = 5 pontos Não atendido = 0 pontos	10	5		
10	Verificar o exercício das atividades do serviço de Nutrição e suas adequações às normas vigentes.	<p>Comprovaantes:</p> <p>1 - Declaração descrevendo o nome do nutricionista responsável; 2 - Manual de normas e rotinas atualizado; 3 - Licença de funcionamento expedido pelo Grupo de Vigilância Sanitária ou relatório de vistoria com parecer favorável.</p>	Atendido = 10 pontos Atendido parcial = 5 pontos Não atendido = 0 pontos	10	10		
11	Verificar o exercício das atividades do serviço do Centro de Material Esterilizado e suas adequações às normas vigentes	<p>Comprovaantes:</p> <p>1 - Declaração descrevendo o nome e o cargo do profissional responsável; 2 - Manual de normas e rotinas atualizado; 3 - Licença de funcionamento expedido pelo Grupo de Vigilância Sanitária ou relatório de vistoria com parecer favorável.</p>	Atendido = 10 pontos Atendido parcial = 5 pontos Não atendido = 0 pontos	10	10		
12	Verificar as condições de segurança e bem estar dos funcionários juntamente com as medidas adotadas para atingir esse objetivo. Monitorar o envio das notificações de acidentes de trabalho ao CEREST, nos relatórios predeterminados.	<p>Comprovaantes (anexo VI):</p> <p>1 - Apresentação de relatório mensal dos acidentes e doenças do trabalho; 2 - Apresentação de relatório com as medidas estabelecidas para minimizar o absenteísmo e os riscos no trabalho; 3 - Apresentação de relatório com ausência e dias de afastamento 4 - Relatórios sobre as notificações e planilhas enviadas 5 - Cópia das Relações de remessas enviadas ao CEREST com o visto de recebimento</p>	Atendido = 10 pontos Atendido parcial = 5 pontos Não atendido = 0 pontos	10	10		
13	Verificar o exercício das atividades do Comitê Transfusional	<p>Comprovaantes:</p> <p>1 - Regimento Interno; 2 - Termo de nomeação da Comissão de Farmacologia; 3 - Atas das reuniões ocorridas no período avaliado.</p>	Atendido = 10 pontos Atendido parcial = 5 pontos Não atendido = 0 pontos	10	10		





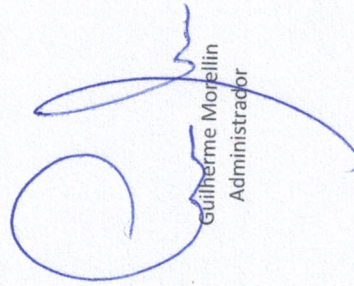
Anexo I - Indicadores

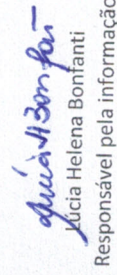
		Comprovantes:	Avaliação In loco				
14	Verificar o exercício das atividades do serviço de Hemoterapia	1 - Licença de funcionamento expedido pelo Grupo de Vigilância Sanitária ou relatório de vistoria com parecer favorável; 2 - Declaração com o nome do responsável técnico; 3 - Manual de normas e rotinas atualizado.	Avaliação In loco	10	10		
15	Verificar o exercício das atividades da Comissão Intra-hospitalar de captação de órgãos	Comprovantes: 1 - Declaração sobre a composição atual da Comissão; 2 - Regimento Interno; 3 - Atas das reuniões ocorridas no período avaliado; 4 - Planilha sintética descrevendo os eventos registrados no período.	Avaliação In loco	10	0	Indisponibilidade de equipe suficiente para composição da comissão	A entidade está se organizando na busca dos profissionais que atendam a demanda da comissão
16	Verificar o exercício das atividades do Comitê de Mortalidade Materno e Infantil	Comprovantes: 1 - Declaração sobre a composição atual da Comissão; 2 - Regimento Interno; 3 - Atas das reuniões ocorridas no período avaliado; 4 - Planilha sintética descrevendo os eventos registrados no período.	Avaliação In loco	10	5		
17	Monitorar o diagnóstico de DST/HIV/AIDS para gestantes e tratamento para os recém-nascidos de mães soropositivas;	Comprovantes: 1 - Apresentação de planilha sintética com os percentuais sobre as realizações de testes rápidos para HIV nas parturientes 2 - Apresentação de planilha sintética com os percentuais sobre as realizações de exames de VDRL e TPHA nas parturientes; 3 - Relatório sintética sobre a administração de AZT xarope aos RN de mães soropositivas.	Avaliação In loco	10	10		
18	Verificar a atualização dos Protocolos de Conduitas das Patologias mais frequentes na urgência e emergência, ginecologia/obstetria, Traumatologia e Neurologia/neurocirurgia.	Comprovantes: 1 - Declaração assinada pelo Diretor Clínico e Diretor Técnico sobre a atualização dos protocolos de Urgência/Emergência, Ginecologia/Obstetria, Traumatologia, Neurologia/Neurocirurgias.	Avaliação In loco	10	10		
19	Verificar o cumprimento dos prazos determinados à Instituição para a remessa de informações para as avaliações periódicas e designação de representantes para acompanhar o processo de avaliação.	Comprovantes: 1 - Relação de remessa do envio das informações da Instituição para o processo de avaliação, com o visto de recebimento; 2 - Declaração sobre o nome dos representantes da Instituição para acompanhar a avaliação periódica.	Avaliação In loco	10	10		
20	Verificar a regularidade da Instituição junto à Vigilância Sanitária e Corpo de Bombeiros	Comprovantes: 1 - Licença de funcionamento da Vigilância Sanitária dentro do prazo de vigência; 2 - Laudo de vistoria do Corpo de Bombeiros dentro do prazo de vigência.	Avaliação In loco	10	5		

[Handwritten signature]

Anexo I - Indicadores

	Comprovaentes	Atendido = 10 pontos Atendido parcial = 5 pontos Não atendido = 0 pontos	Avaliação In loco	10	5	
21	Verificar os contratos de manutenção preventiva em vigência e o cronograma de manutenção periódica.	1 - Apresentar cópia de todos os contratos de manutenção preventiva vigentes; 2 - Relatórios de atividades executadas; 3 - Cronograma anual de manutenção.				
22	Examinar os contratos de limpeza das caixas d'água e controle de pragas em vigência e cronograma das atividades	Comprovaentes: 1 - Cópia dos contratos em vigor; 2 - Laudos atualizados sobre as limpezas das caixas d'água, expedidos pelas empresas contratadas; 3 - Laudos referentes ao efetivo controle de pragas, expedidos pelas empresas contratadas; 4 - Cronograma anual das atividades.	Avaliação In loco	10	5	
23	Verificar a qualificação da atenção ao parto e o direito da parturiente a um acompanhamento de livre escolha durante o período de trabalho.	Comprovaentes 1 - Apresentar o relatório dos cursos para gestantes realizadas no quadrimestre, discriminando a frequência e o tema abordado; 2 - Documento que comprova a concessão do direito a 1 acompanhante de livre escolha durante o período de trabalho de parto, devidamente assinado pela interessada ou a rogo.	Avaliação In loco	10	10	
Total				230	175	
Alcance das metas qualitativas - Análise de Documentos					76,09%	


 Guilherme Morellin
 Administrador


 Júlia Helena Bontanti
 Responsável pela informação



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
 CNPJ 59.759.084/0001-94 Inscrição Estadual ISENTA
 Declarada de Utilidade Pública. Lei Municipal Nº 15 de 17/02/60
 Lei Estadual Nº 36.227 de 09/02/60 – Lei Federal Nº 1324 de 30/08/62

Anexo II - Indicadores

METAS QUANTITATIVAS

INDICADORES DAS METAS FINANCEIRAS

Ind.	Objetivo	Meta	Aferição	Parâmetros de Pontuação	Fonte do material	Pontuação Máxima	1º Quadrimestre		Justificativa	Plano de Ação
							% atingido	média		
1	Monitorar a taxa de utilização dos recursos financeiros contratualizados na ALTA COMPLEXIDADE (hospitalar / ambulatorial)	≤ 95% do teto financeiro contratualizado	Valor faturado Valor Contratualizado x 100	95 a 105% da meta = 10 pontos; 80 a 94,9% = 5 pontos; 70 a 79,9% = 3 pontos; < 70% = não pontua.	S I A H	10	% atingido	129,32%	10	
2	Monitorar a taxa de utilização dos recursos financeiros contratualizados na MÉDIA COMPLEXIDADE (hospitalar / ambulatorial)	≥ 95% do teto financeiro contratualizado	Valor faturado Valor Contratualizado x 100	95 a 105% da meta = 10 pontos; 80 a 94,9% = 5 pontos; 70 a 79,9% = 3 pontos; < 70% = não pontua.	S I A H	10	% atingido	111,37%	10	
Total						20			20	

Alcance das metas qualitativas - Financeiras

Ind.	Objetivo	Meta	Aferição	Parâmetros de Pontuação	Fonte do material	Pontuação Máxima	1º Quadrimestre		Justificativa	Plano de Ação
							Realizado	média		
1	Acompanhar a execução do Plano Anual de Capacitação	≥ 95%	Treinamentos realizados Treinamentos Programados conf Plano Anual x 100	≥ 85 = 10 pontos < 85% e ≥ 65% = 5 pontos < 65% = 0 pontos	Relatórios	10	Realizado		0	Falha da Entidade em não apresentar os relatórios para comprovação do indicador.
2	Monitorar a aplicação de pesquisa de satisfação aos usuários dos serviços de internação, durete e período avaliado.	≥ 25%	Pacientes internados pesquisados Total de internações registradas no período x 100	95 a 105% da meta = 10 pontos; 80 a 94,9% = 5 pontos; 70 a 79,9% = 3 pontos; < 70% = não pontua.	Relatórios	10	Realizado	27,8%	10	



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
 CNPJ 59.759.084/0001-94 Inscrição Estadual ISENTA
 Declarada de Utilidade Pública: Lei Municipal Nº 15 de 17/02/60
 Lei Estadual Nº 36.227 de 09/02/60 – Lei Federal Nº 1324 de 30/08/62

Anexo II - Indicadores

3	Monitorar o resultado da pesquisa de satisfação dos serviços de internação	≥ 80%	Pacientes internados pesquisados com conceito de satisfação bom e ótimo	95 a 105% da meta = 10 pontos; 80 a 94,9% = 5 pontos; 70 a 79,9% = 3 pontos; < 70% = não pontua.	Relatórios	10	Realizado	88,9%	10													
4	Monitorar o percentual de partos vaginais em relação ao total de partos realizados	≥ 70%	Partos vaginais realizados Total de partos realizados x 100	95 a 105% da meta = 10 pontos; 80 a 94,9% = 5 pontos; 70 a 79,9% = 3 pontos; < 70% = não pontua.	Relatórios	10	Realizado	39,0%	0													
5	Monitorar a taxa de ocupação dos leitos operacionais	≥ 85%	Total de pacientes-dia Total de leitos-dia x 100	≥ 85% = 10 pontos < 85% ≥ 65% = 5 pontos; < 65% = não pontua	Relatórios	10	Realizado	66,4%	5													
6	Monitorar o tempo médio de permanência na clínica médica	< 5 dias	nº de pacientes-dia internados no mês Total de pacientes saídos no mesmo período	< 5 dias = 10 pontos > 5 dias e ≤ 7 dias = 5 pontos; > 7 dias = não pontua	Relatórios	10	Realizado	3,98	10													
7	Monitorar o tempo médio de permanência na clínica cirúrgica	< 5 dias	nº de pacientes-dia internados no mês Total de pacientes saídos no mesmo período	< 5 dias = 10 pontos > 5 dias e ≤ 7 dias = 5 pontos; > 7 dias = não pontua	Relatórios	10	Realizado	4,31	10													
8	Monitorar a taxa de mortalidade institucional	≤ 3%	Óbitos após 24 horas de internação no mês nº de saídas no mesmo período	≤ 3% = 10 pontos > 3% e < 5% = 5 pontos; > 5% = não pontua	Relatórios	10	Realizado	6,6%	0													
9	Monitorar a taxa de ocupação dos leitos de UTI	≥ 80%	Pacientes-dia internados na UTI no mês Leitos-dia de UTI no mesmo período x 100	≥ 80% = 10 pontos; 60 - 79% = 5 pontos; < 60% = não pontua.	Relatórios Tabwin	10	Realizado	110,0%	10													
Total										90												55
Alcance das metas qualitativas - Operacionais																						

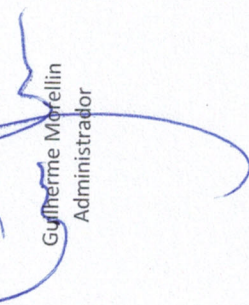
Objeto de Avaliação	Pontos Possíveis	Pontos Obtidos	%
Alcance das metas qualitativas -	20	20	100,0%

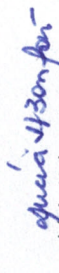


SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
CNPJ 59.759.084/0001-94 Inscrição Estadual ISENTA
Declarada de Utilidade Pública: Lei Municipal Nº 15 de 17/02/60
Lei Estadual Nº 36.227 de 09/02/60 – Lei Federal Nº 1324 de 30/08/62

Anexo II - Indicadores

Alcance das metas qualitativas -	90	55	61,1%
Total	110	75	68,2%


Guilherme Morellin
Administrador


Lúcia Helena Bonfanti
Coord. Gestão da Qualidade



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
CNPJ 59.759.084/0001-94 Inscrição Estadual ISENTA
Declarada de Utilidade Pública. Lei Municipal Nº 15 de 17/02/60
Lei Estadual Nº 36.227 de 09/02/60 – Lei Federal Nº 1324 de 30/08/62

Anexo II - Indicadores

METAS QUANTITATIVAS

INDICADORES DAS METAS QUANTITATIVAS - AMBULATÓRIO

Ind.	Objetivo	Meta	Aferição	Parâmetros de Pontuação	Fonte do material	Pntuação Máxima	% atingido	1º Quadrimestre média	Pontuação 1º Quadrimestre jan e fev	Justificativa	Plano de Ação
1	Monitorar o quantitativo dos procedimentos aprovados em relação aos procedimentos contratualizados	≥ 95%	Procedimentos aprov. Procedimento conveniados x 100	95 a 105% da meta = 10 pontos; 80 a 94,9% = 5 pontos; 70 a 79,9% = 3 pontos; 70% = não pontua.	S / A	10	% atingido	97,9%	10		
2	Monitorar a apresentação dos procedimentos de alta complexidade no mês subsequente à realização do procedimento	≥ 95%	nº de APAC do mês do atendimento nº de APAC apresentadas no mês x 100	95 a 105% da meta = 10 pontos; 80 a 94,9% = 5 pontos; 70 a 79,9% = 3 pontos; 70% = não pontua.	S / A	10	% atingido	97,5%	10		
3	Monitorar as consultas realizadas mensalmente na especialidade Traumatologia ortopedia, de acordo com os parâmetros quantitativos definidos no Plano Operativo	≥ 125 consultas mensais	nº de consultas Trauma-Orto realizadas nº de consultas contratualizadas x 100	95 a 105% da meta = 10 pontos; 80 a 94,9% = 5 pontos; 70 a 79,9% = 3 pontos; 70% = não pontua.	S / A	10	% atingido	11,20%	0	Existe o comprometimento da carga horária do ambulatório pela alta demanda de tratamentos conservadores de baixa complexidade bem como os casos de urgência atendidos, sobrecarregando o serviço e impactando no atendimento de novos pacientes.	Apresentar proposta de aditamento de convênio para ampliação de oferta de ambulatório para tratamento conservador com fluxo específico para atendimento da demanda
4	Monitorar as consultas realizadas mensalmente na especialidade Neurologia/neurocirurgia, de acordo com os parâmetros quantitativos definidos no Plano Operativo	≥ 179 consultas mensais	nº de consultas de Neurologia realizadas nº de consultas contratualizadas x 100	95 a 105% da meta = 10 pontos; 80 a 94,9% = 5 pontos; 70 a 79,9% = 3 pontos; 70% = não pontua.	S / A	10	% atingido	50,56%	0	As agendas para 1ª consulta estão sendo disponibilizadas na sua totalidade através do portal CROSS, porém os retornos ainda acontecem de forma reduzida. Embora o resultado do indicador tenha apresentado melhora no resultado, ainda não foi suficiente para atingir a meta estabelecida. Muitos pacientes receberam alta médica, não sendo necessário o retorno.	Monitorar o comportamento da produção para próximo quadrimestre.
5	Monitorar a quantidade de campos irradiados nos procedimentos de Radioterapia, de acordo com os parâmetros definidos no Plano Operativo	≤ 25 tratamentos mensais	nº de campos irradiados em sessões de Radioterapia nº médio de procedimentos contratualizados no mês x 100	95 a 105% da meta = 10 pontos; 80 a 94,9% = 5 pontos; 70 a 79,9% = 3 pontos; 70% = não pontua.	S / A	10	% atingido	109%	10		Como esse indicador depende exclusivamente da demanda de pacientes encaminhados pela regulação do município e da disponibilidade de verba, os parâmetros de pontuação para avaliação precisa ser alterado

Anexo II - Indicadores

6	Verificar a quantidade de sessões de Quimioterapia de acordo com os parâmetros definidos no Plano Operativo	≤ 380 sessões / mês	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de sessões de Quimioterapia realizadas}}{\text{n}^\circ \text{ de sessões de Quimioterapia contratualizadas}} \times 100$	95 a 105% da meta = 10 pontos; 80 a 94,9% = 5 pontos; 70 a 79,9% = 3 pontos; 70% = não pontua.	<	S I A	10	% atingido	84,3%	5	Indicador depende exclusivamente da demanda de pacientes encaminhados pela regulação do município e da disponibilidade de verba, os parâmetros de pontuação para avaliação precisa ser alterado
7	Monitorar as consultas realizadas mensalmente na especialidade Nefrologia de acordo com os parâmetros quantitativos definidos no Plano Operativo	≥ 29 consultas mensais	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de consultas Nefrologia realizadas m}^\circ \text{ de consultas contratualizadas}}{\text{n}^\circ \text{ de consultas contratualizadas}} \times 100$	95 a 105% da meta = 10 pontos; 80 a 94,9% = 5 pontos; 70 a 79,9% = 3 pontos; 70% = não pontua.	<	S I A	10	% atingido	82,76%	5	
8	Monitorar a razão entre o número de sessões realizadas durante o período e o número de pacientes em tratamento no mesmo período	1	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de sessões de hemodialise no m}^\circ / 12}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes em tratamento no mesmo período}}$	95 a 105% da meta = 10 pontos; 80 a 94,9% = 5 pontos; 70 a 79,9% = 3 pontos; 70% = não pontua.	<	S I A	10	% atingido	1,32	10	
Total										50	
Alcance das metas quantitativas - Ambulatorial										80	





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
CNPJ 59.759.084/0001-94 Inscrição Estadual ISENTA
Declarada de Utilidade Pública: Lei Municipal Nº 15 de 17/02/60
Lei Estadual Nº 36.227 de 09/02/60 – Lei Federal Nº 1324 de 30/08/62

Anexo II - Indicadores

INDICADORES DAS METAS QUANTITATIVAS - INTERNAÇÃO

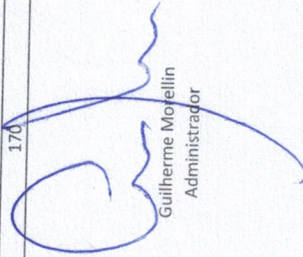
Ind.	Objetivo	Meta	Aferição	Parâmetros de Pontuação	Fonte do material	Pontuação Máxima	% atingido	1º Quadrimestre		Plano de Ação
								média	Pontuação 1º Quadrimestre jan e fev	
1	Monitorar o quantitativo das internações aprovadas em relação ao contratualizado	≥ 95%	Internações aprovadas Internações contratualizadas	95 a 105% da meta = 10 pontos; 80 a 94,9% = 5 pontos; 70 a 79,9% = 3 pontos; 70% = não pontua.	S I A H	10	% atingido	94,7%	5	A constância e o cumprimento deste indicador implica no controle da demanda espontânea das solicitações de internação. O serviço recebe interferência direta das demandas e as tipologias diagnósticas dos pacientes. As épocas do ano e as patologias associadas ao clima ou as ocorrências de doenças influenciam diretamente na produção dos procedimentos conveniados, sendo o maior impacto nos meses de março e abril devido à Pandemia do COVID19, onde os leitos do hospital foram redimensionados para atendimento dos pacientes contaminados.
2	Acompanhar a apresentação das AIHs no mês subsequente à alta do paciente	≥ 80%	nº AIHs apresentadas com alta no mês de competência Total de AIHs apresentadas no período	95 a 105% da meta = 10 pontos; 80 a 94,9% = 5 pontos; 70 a 79,9% = 3 pontos;	S I A H	10	% atingido	79,3%	3	A produção desse indicador esteve comprometida e com baixo desempenho por dificuldades estruturais, a equipe tem trabalhado na produção dos casos, porém o excesso de casos de urgência impactam no indicador, como pode ser percebido no indicador de Média Complexidade cirúrgica. O comprometimento se dá pela falta de capacidade de leitos de uti e disponibilidade financeira para compra de materiais de OPME - Ortheses, Próteses e
3	Monitorar a realização das cirurgias de ALTA COMPLEXIDADE contratualizadas na Traumatologia - Ortopedia de acordo com os parâmetros quantitativos definidos no Plano Operativo	≥ 8 cirurgias mensais	Cirurgias realizadas Cirurgias contratualizadas x 100	95 a 105% da meta = 10 pontos; 80 a 94,9% = 5 pontos; 70 a 79,9% = 3 pontos; 70% = não pontua.	S I A H	10	% atingido	44%	0	Buscar recursos de regulação de demandas para otimização da infraestrutura e propor ao gestor um fluxo diferente para pacientes de seguimentos conservador para o município
4	Monitorar a realização das cirurgias de MÉDIA COMPLEXIDADE contratualizadas na Traumatologia - Ortopedia de acordo com os parâmetros quantitativos definidos no Plano Operativo	≥ 12 cirurgias mensais	Cirurgias realizadas Cirurgias contratualizadas x 100	95 a 105% da meta = 10 pontos; 80 a 94,9% = 5 pontos; 70 a 79,9% = 3 pontos; 70% = não pontua.	S I A H	10	% atingido	412,5%	10	
5	Monitorar a realização das cirurgias de ALTA COMPLEXIDADE contratualizadas na Neurologia / Neurocirurgia de acordo com os parâmetros quantitativos definidos no Plano Operativo	≥ 12 cirurgias mensais	Cirurgias realizadas Cirurgias contratualizadas x 100	95 a 105% da meta = 10 pontos; 80 a 94,9% = 5 pontos; 70 a 79,9% = 3 pontos; 70% = não pontua.	S I A H	10	% atingido	104,17%	10	

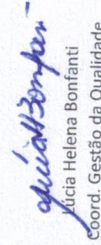
Anexo II - Indicadores

Item	Descrição do Indicador	Medida de Avaliação	Meta	Atualização	% atingido	Observações	
6	Monitorar a realização das cirurgias de ALTA COMPLEXIDADE contratualizadas na Oncologia de acordo com os parâmetros quantitativos definidos no Plano Operativo	≥ 14 cirurgias mensais	Cirurgias realizadas Cirurgias contratualizadas x 100	S I A H	100,0%	10	
7	Monitorar a realização das cirurgias ELETIVAS contratualizadas para o município de SJBVISTA de acordo com os parâmetros quantitativos definidos no Plano Operativo	≥ 54 cirurgias mensais	Cirurgias realizadas Cirurgias contratualizadas x 100	S I A H	78,7%	3	
8	Monitorar a realização das cirurgias ELETIVAS contratualizadas para o município de Aguiar de acordo com os parâmetros quantitativos definidos no Plano Operativo	≥ 13 cirurgias mensais	Cirurgias realizadas Cirurgias contratualizadas x 100	S I A H	57,7%	0	
9	Monitorar a realização das cirurgias ELETIVAS contratualizadas para o município de Aguiar de acordo com os parâmetros quantitativos definidos no Plano Operativo	≥ 5 cirurgias mensais	Cirurgias realizadas Cirurgias contratualizadas x 100	S I A H	80,0%	5	
Total						90	46

Alcance das metas quantitativas - Internação

Objeto de Avaliação	Pontos Possíveis	Pontos Obtidos	%
Alcance das metas quantitativas - Operacionais	80	50	62,5%
Alcance das metas qualitativas - Operacionais	90	46	51,1%
Total	170	96	56,5%


 Guilherme Mofellin
 Administrador


 Aécia Helena Bonfanti
 Coord. Gestão da Qualidade