



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos

RELATÓRIO DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DOS PARÂMETROS DA CONTRATUALIZAÇÃO (CONVÊNIO 13 / 2016)

REFERENTE: Convênio nº 13 / 2016

INTERESSADOS: Secretaria Municipal de Saúde / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos.

ASSUNTO: Avaliação dos Parâmetros de Contratualização.

PERÍODO APURADO: 3º Trimestre de 2016 (Julho, Agosto, Setembro).

À

Ilma. Sra. Luciana Bianchi Caldeira

Secretária Municipal de Saúde

C/cópia

Ilmo. Sr. Dr. Antonio Valério Morillas Junior

Provedor da ISCMSC

A Comissão de Avaliação do Convênio de Contratualização, firmado entre a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos e Prefeitura Municipal de São Carlos / Secretaria Municipal de Saúde, reuniu-se no dia 11 de novembro de 2016 junto a administração desta entidade diante da presença dos Senhores Edson Eduardo Pramparo (Gerente Hospitalar da ISCMSC), Cássia Edilene Martins da Silva (Faturamento ISCMSC), Antonio Marcos Rossi (Auditor Interno ISCMSC), funcionários da entidade, além dos Senhores Wander Roberto Boneli (Diretor do Departamento de Regulação, Controle e Avaliação - DRCA) e Marco Brugnera dos Santos (Chefe de Seção do DRCA), e Senhoras Liz Cadamuro (DRCA), Rosana Moreira (Regulação – DRCA) e Izabel Cristina Ribeiro (Representantes Sociedade Civil – Conselho Municipal de Saúde – CMS), tendo como objetivo avaliar os Parâmetros de Desempenho estabelecidos no Convênio 13/2016 referentes ao terceiro trimestre do ano de 2016 (Julho, Agosto e Setembro).



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos

O Senhor Wander Roberto Boneli deu início a reunião a partir da leitura dos indicadores a qual foi efetuada pela Senhora Rosana Moreira, com posterior interpretação e discussão conjunta dos mesmos junto aos membros participantes.

Nesta avaliação foi comentado pelo Senhor Wander que o atendimento dos anestesistas em relação aos exames de tomografia com sedação, ainda não estão atendendo a demanda do município que hoje é em torno de 100 (cem) pessoas. Segundo o mesmo, esses profissionais não estão abrindo agenda para atendimento desta demanda. Na FPO contam 40 exames DOPLER Vascular, sendo que a média de realização tem sido de 6 / mês.

Outro questionamento relatado foi em relação aos exames de DOPLER, que segundo o Diretor do DRCA a não realização dos mesmos reflete negativamente no início dos tratamentos de hemodiálise, os quais são necessários para implantação do cateter / fístula. O Sr. Edson Eduardo Pramparo, comentou ainda que podemos realizar os 3 (três) exames mensais conforme eram realizados anteriormente, objetivando a continuidade do processo.

Quanto aos Parâmetros para Avaliação de Desempenho da Assistência Hospitalar (Percentual de Alcance das Metas Hospitalares estabelecidas), deve ser pontuado nas próximas avaliações as quantidades de AIHs faturadas mensurando o percentual das internações / mês.

Comentou-se que o parâmetro apresentado em relação ao item Número de Exames de Radio-diagnósticos por 10 consultas médicas – total /ano, seria alterado de 24 para 10 (para cada 10 consultas, 3 exames são realizados).

Sobre a Avaliação da disponibilidade das chamadas de plantões em relação ao tempo de resposta, foi comentado que o parâmetro avaliado ficaria em comum acordo, alterado de 100 % para 50%.

Em relação a disponibilidade de escala médica em local visível, conforme pactuado no convênio, ficou acordado entre os membros desta Comissão e Coordenação da Maternidade, a divulgação da mesma junto a sala de Classificação de Riscos. Assim como pactuado na questão das chamadas a distância, reduziu-se o percentual do parâmetro para 50%.

Nesta reunião ainda foi discutido o baixo índice do item Taxa de Utilização por Sala Cirúrgica, o qual foi apresentado uma média de 52,17 % . Esse percentual é calculado em similaridade ao indicador apresentado no Santas Casas SUSstáveis (Item B11 – Índice de Uso de Sala Cirúrgica).

Foi sugerido um trabalho de análise crítica mais apurado em relação a esse indicador, já que o setor usuário (Centro Cirúrgico) contabiliza números divergentes em relação ao apresentado nesta avaliação.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including the word "câmara" and "verdade".



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos

Sugere-se, portanto:

- Padronização deste item em conformidade com o indicador divulgado no Santas Casas SUSstáveis, ou;

- Utilização do indicador tendo como fonte de dados as informações cedidas mensalmente pelo setor responsável (Centro Cirúrgico).

Foi solicitado pela Diretor do DRCA a revisão do tempo de Visita Aberta disponibilizada para acompanhantes de crianças, gestantes e casos especiais, junto ao Grupo GTH (área de Humanização) a fim de verificar se as 10 horas disponíveis / dia, considerando horários especiais estão sendo efetivadas.

Foram alteradas algumas nomenclaturas / termos utilizados na Planilha de Avaliação dos Parâmetros de Contratualização, conforme abaixo sinalizados:

ITEM ATUAL	ALTERADO PARA
- Informatização total dos dados das bolsas de hemocomponentes produzidas e distribuídas pelo <u>Hemocentro</u> e que foram transfundidas ou eliminadas em até 30 dias após vencimento.	- Informatização total dos dados das bolsas de hemocomponentes produzidas e distribuídas pelo <u>Banco de Sangue</u> e que foram transfundidas ou eliminadas em até 30 dias após vencimento.
- Número de casos de transmissão vertical do HIV.	- <u>Notificações</u> de casos de transmissão vertical do HIV.
- Número de profissionais capacitados para o atendimento humanizado para mulheres.	- <u>Profissionais</u> capacitados para o atendimento humanizado para mulheres.

Foi sinalizado pelo Senhor Wander, a importância de ser evidenciado o atendimento do item "Garantir que 100% das interconsultas serão atendidas no prazo máximo de 48 horas". Neste caso, foi comentado pelo Senhor Edson Eduardo que o item está sendo estudado pelo setor de Tecnologia da Informação (TI), o qual definirá a divulgação / evidência deste atendimento.

Comentado a necessidade de mensurar evidência da Capacitação de 80% dos profissionais médicos do Serviço de Médico de Urgência, já que a demanda da rotatividade dos profissionais desta área é de tal maneira considerável.

Handwritten signatures and initials:
Wander
Edson
comi



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos

CONCLUSÃO:

Considerando que a ISCMS não tem controle sob a demanda existente na Rede Municipal de Saúde, os indicadores apresentados para o trimestre terceiro do ano de 2016, obtiveram como pontuação conclusiva, os seguintes números:

- **8.308** pontos, dos 8.530 pontos possíveis, os quais decorrem de um aproveitamento da ordem de **97,40 %** dos 100% possíveis e avaliados.

Desse número apresentado, ficam como sugestões de melhorias os comentários citados no decorrer deste Relatório.

Desta forma, a Comissão de Avaliação, após análise crítica dos indicadores apresentados, concluiu que a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos prestou os devidos serviços dentro dos limites físicos operacionais e com o cumprimento das metas estabelecidas.

RECOMENDAÇÕES:

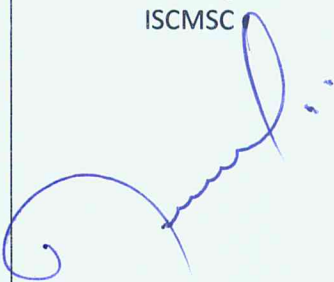
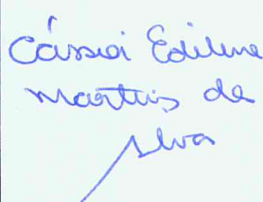
1. Encaminhamento do presente Relatório junto ao Conselho Municipal de Saúde, para apreciação;
2. Enveredar esforços para que as Avaliações Trimestrais continuem de forma sistemática com o intuito de atender as legislações pertinentes e de interesse das partes envolvidas.
3. Realizar novo termo aditivo para se adequar o teto físico com o teto financeiro, com o objetivo de eliminar o extra-teto financeiro;
4. Que a comissão de finanças se reúna com o objetivo de alterar os valores financeiros da alínea referente ao extra-teto financeiro.

São Carlos - SP, 16 de novembro de 2016.



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos

Assinam este Relatório em concordância com o conteúdo apresentado:

Edson Eduardo Pramparo Gerente Hospitalar ISCMS 	Wander R. Boneli Diretor DRCA 	Rosana Moreira Divisão de Regulação - DRCA 	Marco B. dos Santos Chefe de Seção DRCA 
Liz Cadamuro Chefe de Seção DRCA 	Izabel Cristina Ribeiro Repres. Soc. Civil CMS 	Cássia Edilene Martins da Silva Faturamento - ISCMS 	Antonio Marcos Rossi Auditor Interno Qualidade - ISCMS 

AVALIAÇÃO DOS PARÂMETROS DE CONTRATUALIZAÇÃO - (JULHO, AGOSTO E SETEMBRO - 2016) - CONVÊNIO 13

1 - Parâmetro para Avaliação do desempenho ambulatorial

Indicadores a serem monitorados		Parâmetro		Pontuação Máx.	Atingido	PONTUAÇÃO ATINGIDA
1	Percentual de alcance das metas ambulatoriais estabelecidas na FPO	Mínimo	90%	100	116%	100
2	Percentual de alcance de metas de consultas ambulatoriais conforme FPO (interconsultas, ambulatório residência médica)	Mínimo	20%	100	209%	100
3	Percentual de alcance dos exames realizados	Mínimo	90%	100	98%	100
4	Nº de exames de patologia clínica estabelecido na FPO	Mínimo	90%	100	141%	100
5	Nº de exames de radiodiagnóstico por 10 consultas médicas - total/ano	Máximo	10,00	100	3	100
6	Atualização diária da recepção dos pacientes agendados, no Módulo de Regulação Ambulatorial do Portal CROSS	Mínimo	90%	100	94,94%	100
7	Disponibilização mensal da agenda, no Módulo de Regulação Ambulatorial do Portal CROSS na data prevista	Mínimo	90%	100	99,66%	100
8	Consulta ambulatorial do serviço SAIBE e Gestação de Alto Risco agendada no momento da alta hospitalar	Mínimo	100%	100	100,00%	100
9	Avaliar as chamadas de plantão de disponibilidade em seu tempo resposta	Mínimo	50%	100	50,00%	100,00
10	Disponibilizar escala médica em local visível conforma pactuado no convênio	Mínimo	50%	100	50,00%	100,00
TOTAL				1000	100	1000

2 - Parâmetro para avaliação de desempenho da assistência hospitalar

Indicadores a serem monitorados		Parâmetro		Pontuação	Atingido	PONTUAÇÃO ATINGIDA
1	Percentual de alcance das metas hospitalares estabelecidas.	Mínimo	90%	200	105,24%	200
2	Percentual de internamentos de média complexidade.	Mínimo	80%	100	88,23%	100
3	Percentual de internamentos de alta complexidade.	Mínimo	10%	100	11,20%	100
4	Internamentos eletivos com AIH pré-autorizadas pela SMS.	Mínimo	100%	100	100,00%	100
5	Internamentos de Urg./Emerg. com AIH autorizada pela SMS.	Mínimo	90%	100	100,00%	100
6	Percentual de leitos SUS no hospital.	Mínimo	60%	200	62,87%	200
7	Atualização Diária do Módulo de Regulação de leitos do Portal CROSS	Mínimo	90%	100	98,57%	100
8	Taxa de ocupação (Leitos SUS - Clínica Cirúrgica e Clínica Médica)	Mínimo	75%	100	70,64%	94,19
9	Taxa de ocupação dos leitos de Terapia Intensiva (UTI)	Mínimo	75%	100	94,55%	100
10	Tempo médio de permanência - Especialidade Clínica Médica	Máximo	10,00	100	2,40	100
11	Tempo médio de permanência - Especialidade Clínica Cirúrgica	Máximo	10,00	100	2,53	100
12	Tempo médio de permanência - UTI Adulto	Máximo	10,00	100	4,88	100
13	Percentual de realização de cirurgias eletivas de média complexidade com AIH autorizada pela SMS conforme conveniado.	Mínimo	100%	100	100,00	100
14	Taxa de utilização por sala cirúrgica.	Mínimo	75%	100	52,17%	0,00
15	Percentual de leitos UTI/SUS em relação ao total de leitos UTI.	Mínimo	100%	100	83,33%	83,33
16	Taxa de Cesáreas (incluindo gestantes de risco).	Máximo	50%	100	62,97%	79,40
17	Alta Hospitalar Qualificada (Maternidade, Hipertensão e Diabetes)	Mínimo	50%	100	100,00%	100
TOTAL				1900	92	1757

3 - Parâmetros para avaliação de desempenho na área de humanização

Indicadores a serem monitorados		Parâmetro		Pontuação	Atingido	PONTUAÇÃO ATINGIDA
1	Implantar e manter grupo e treinamento em humanização (GTH) para viabilizar as diretrizes do Programa HUMANIZASUS, apresentando relatórios mensais a partir de 10/11/2006.	SIM OU NÃO		100,00	SIM	100
2	Ouvidoria implementada para escuta de usuários e trabalhadores, com sistemática de respostas e apresentação dos relatórios trimestralmente após assinatura do convênio.	SIM OU NÃO		100,00	SIM	100
3	Central de Acolhimento implementada a partir de 10/11/2006.	SIM OU NÃO		100,00	SIM	100
4	Áreas físicas adequadas com sinalização e informação sobre o serviço.	SIM OU NÃO		300,00	SIM	300
5	Prontuários integrados (único), organizados, contendo anotações legíveis dos profissionais, apresentando mensalmente a equipe de auditoria da SMS, quando solicitado.	SIM OU NÃO		100,00	SIM	100
6	Consulta ambulatorial do serviço SAIBE e Gestação de Alto Risco agendada no momento da alta hospitalar	SIM OU NÃO		100,00	SIM	100
7	Visita aberta implementada no mínimo 10h/dia e considerando horários especiais (integrals) para acompanhante de crianças, gestantes e "casos especiais".	SIM OU NÃO		100,00	SIM	100
8	Aplicar, bimestralmente, pesquisa de avaliação do nível de satisfação dos usuários do hospital por meio de metodologia (formulário, amostra, etc.) aprovada pela Comissão de Acompanhamento do Convênio.	SIM OU NÃO		200,00	SIM	200
9	Percentual de paciente com acompanhante de acordo com a legislação, do total de internações.	Mínimo	100%	100,00	100,00%	100
TOTAL				1200	100	1200

Wander

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

Cânia

4 - Parâmetro para avaliação de desempenho na área de Saúde do Trabalhador				
Indicadores a serem monitorados	Parâmetro	Pontuação	Atingido	PONTUAÇÃO ATINGIDA
1 Levantamento trimestral de absenteísmo.	SIM OU NÃO	100,00	SIM	100
2 Incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho em funcionários do Serviço.	SIM OU NÃO	100,00	SIM	100
TOTAL		200	100	200,00

5 - Parâmetros para avaliação de desempenho na área de Sangue				
Indicadores a serem monitorados	Parâmetro	Pontuação	Atingido	PONTUAÇÃO ATINGIDA
1 Relatório Anual do Comitê Transfusional.	SIM OU NÃO	100,00	SIM	100
2 Número de profissionais capacitados no sistema informatizado	SIM OU NÃO	100,00	SIM	100
3 Índice de satisfação do doador atingido 80%, com base em questionário aplicado.	Mínimo 80%	100,00	98,74%	100
4 Informatização total dos dados das bolsas de hemocomponentes produzidas e distribuídas pelo Banco de Sangue, e que foram transfundidas ou eliminadas em até 30 dias após vencimento.	SIM OU NÃO	100,00	SIM	100
TOTAL		400	100	400

6 - Parâmetros para avaliação de desempenho na área de Alimentação e Nutrição				
Indicadores a serem monitorados	Parâmetro	Pontuação	Atingido	PONTUAÇÃO ATINGIDA
1 Número de protocolos clínico-nutricionais elaborados.	SIM OU NÃO	100,00	3	100,00
2 Número de atendimentos hospitalares de crianças com diagnóstico de nutrição grave.	SIM OU NÃO	100,00	0	100,00
3 Análise consolidada por semestre da evolução nutricional dos pacientes internados.	SIM OU NÃO	100,00	51	100,00
4 Evolução nutricional das crianças internadas com desnutrição grave ou obesidade	SIM OU NÃO	100,00	0	100,00
5 % de redução/aumento da prevalência de desnutrição hospitalar.	SIM OU NÃO	100,00	0	100,00
6 Reduzir taxa de mortalidade hospitalar de crianças internadas com diagnóstico de desnutrição grave.	SIM OU NÃO	100,00	0	100,00
TOTAL		600	100	600

7 - Parâmetros para avaliação de desempenho na área de Saúde da Mulher				
Indicadores a serem monitorados	Parâmetro	Pontuação	Atingido	PONTUAÇÃO ATINGIDA
1 Razão de mortalidade materna.	SIM OU NÃO	100,00	SIM	100,00
2 Taxa de mortalidade neonatal.	SIM OU NÃO	100,00	SIM	100,00
3 Notificações de casos de transmissão vertical do HIV.	SIM OU NÃO	100,00	SIM	100,00
4 Profissionais capacitados para o atendimento humanizado às mulheres.	SIM OU NÃO	100,00	SIM	100,00
TOTAL		400	100	400

8 - Parâmetros para avaliação de desempenho na área de HIV/DST/AIDS				
Indicadores a serem monitorados	Parâmetro	Pontuação	Atingido	PONTUAÇÃO ATINGIDA
1 Realização de 100% de Notificação compulsória de Sífilis congênita e de gestantes HIV+/crianças expostas.	SIM OU NÃO	100,00	SIM	100,00
2 Garantir que 100% das interconsultas serão atendidas no prazo máximo de 48 horas.	Máximo 48-horas	100,00	SIM	100,00
3 Relatório trimestral do Núcleo Epidemiológico Hospitalar de ações ou intercorrências	SIM OU NÃO	100,00	SIM	100,00
4 Garantir a realização de 100% dos usuários que procura o serviço o de urgência, com indicação médica para realização de teste rápido para AIDS.	Mínimo 100%	100,00	100%	100
TOTAL		400	100	400

uav

MP

Cassia

9 - Parâmetros para avaliação de desempenho na área de Urgência e Emergência/ Eletivas					
Indicadores a serem monitorados		Parâmetro		Pactuado	Atingido
					PONTUAÇÃO ATINGIDA
1	Total de cirurgias eletivas programadas, por especialidade.	Mínimo	315	315,00	452
2	Total de cirurgias eletivas realizadas por especialidade.	Mínimo	315	315,00	452
3	Taxa de cirurgias suspensas, por especialidade.	Máximo	5%	100,00	9,14%
4	Tempo de permanência na UTI adulto.	Máximo	15,00	100,00	5,06
5	Tempo de permanência na UTI Coronariana.	Máximo	15,00	100,00	4,37
6	Tempo de permanência na UTI Neonatal.	Mínimo	50,00	100,00	14,19
7	Tempo de permanência na UTI Infantil.	Mínimo	15,00	100,00	8,71
8	Atualização do Módulo Pré- Hospitalar, do Portal CROSS	Mínimo	100%	100,00	98,93%
9	Atendimento de Urgência/Emergência Referenciado na Central de Regulação de Urgências para São Carlos e Região Coração	Mínimo	100%	100,00	67,34%
TOTAL				1330	94
					1251

10 - Parâmetros para avaliação de desempenho na área de gestão hospitalar				
Indicadores a serem monitorados		Parâmetro	Pontuação	Atingido
				PONTUAÇÃO ATINGIDA
1	Elaborar o Plano Anual e Metas da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de São Carlos e obter sua aprovação junto a sua mantenedora, até a assinatura do presente convênio.	SIM OU NÃO	200,00	SIM
2	Elaborar relatório mensal de acompanhamento de metas, apresentando-o regularmente ao Conselho de Acompanhamento do Convênio, até o 10º dia útil subsequente ao mês de referência.	SIM OU NÃO	100,00	SIM
3	Aplicar, mensalmente, pesquisa de avaliação do nível de qualidade do Hospital, apresentando seus resultados, regularmente, ao Conselho de Acompanhamento do Convênio até o 10º dia útil subsequente ao mês de referência.	SIM OU NÃO	100,00	SIM
4	CNES atualizado mensalmente	SIM OU NÃO	100,00	SIM
TOTAL			500	100
				500

Observação I: Os indicadores que não tiverem monitoramento mensal serão automaticamente pontuados, a cada mês, de conformidade com a pontuação atingida na sua última avaliação.

Observação II: Os indicadores que não tiverem alcançado seu prazo estabelecido para o seu atingimento serão automática e integralmente pontuados.

11 - Parâmetro para avaliação de desempenho na área de desenvolvimento profissional				
Indicadores a serem monitorados		Parâmetro	Pontuação	Atingido
				PONTUAÇÃO ATINGIDA
1	Capacitação de 80% dos profissionais médicos do Serviço Médico de Urgência.	Mínimo	80%	100,00
2	Capacitação de 30% dos colaboradores da área hospitalar com capacidade de refletir sobre sua prática e de participar do processo de mudança buscando a humanização (Educação Permanente)	Mínimo	30%	100,00
3	Apresentar relatórios de acompanhamentos de reinternação.	SIM OU NÃO	100,00	SIM
4	Diminuição da taxa de permanência nas unidades reestruturadas sob a lógica da atenção integral.	SIM OU NÃO	100,00	SIM
5	Manter atividades de cooperação realizadas entre técnicos do hospital e da rede de serviços.	SIM OU NÃO	100,00	SIM
6	Número de atividades desenvolvidas para os trabalhadores do hospital.	SIM OU NÃO	100,00	SIM
TOTAL			600	100
				600

Pontuação Atingida		8.308		
Anexo VII - Tabela de valorização de desempenho				
% Valor variável	Faixas de Pontuação		Pontuação Máxima	Percentual Atingida
8530	100%	8.530	8.530	97,40%
	75%	6.398		
	50%	4.265		
	25%	2.133		

curvas

MA

carina