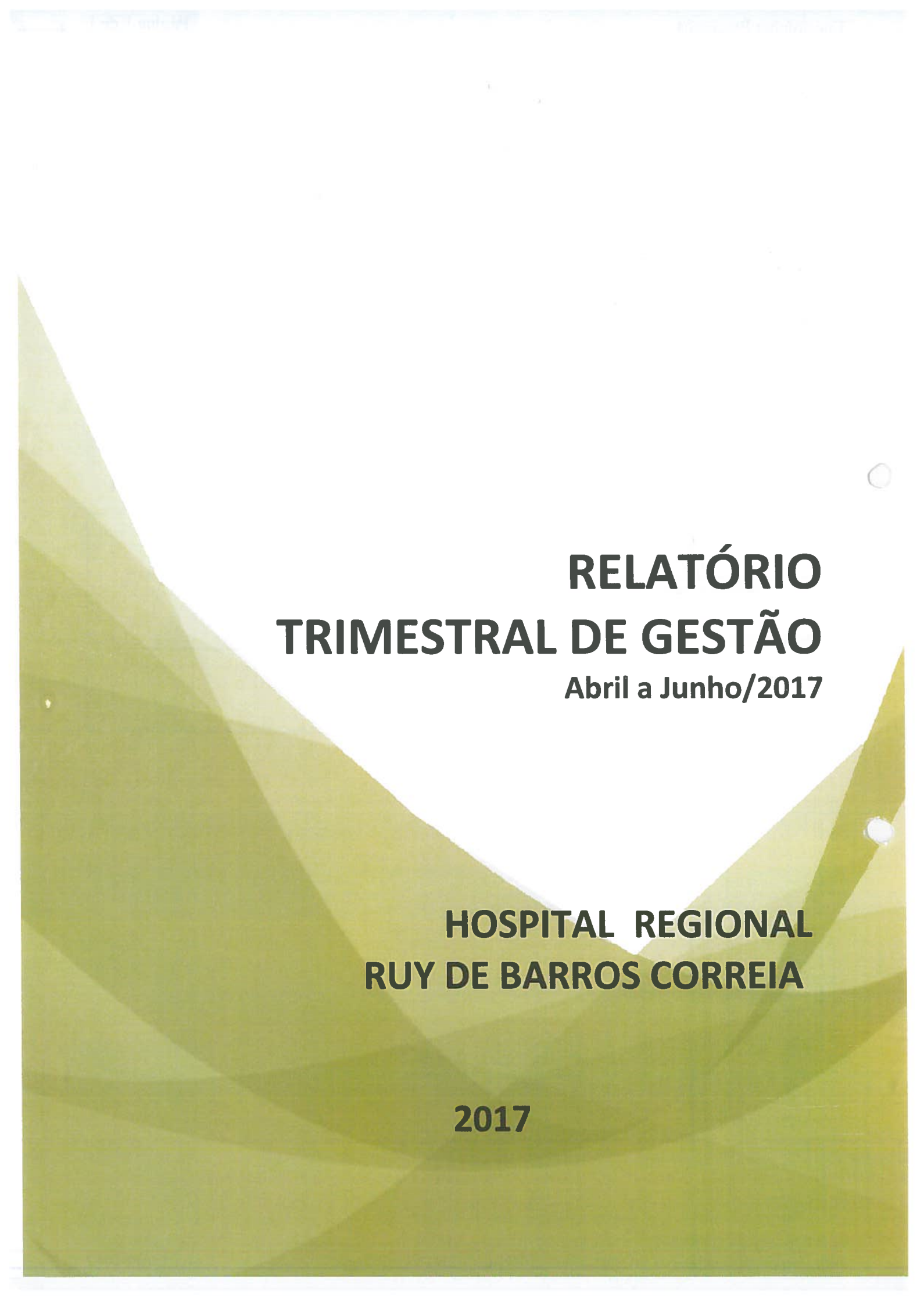


The background of the cover is an abstract design composed of various shades of green and yellow, forming a series of overlapping, angular shapes that resemble a stylized landscape or a modern architectural structure. The design is asymmetrical, with the most complex shapes concentrated on the left and bottom edges, leaving the top right corner relatively plain white.

RELATÓRIO TRIMESTRAL DE GESTÃO

Abril a Junho/2017

**HOSPITAL REGIONAL
RUY DE BARROS CORREIA**

2017

APRESENTAÇÃO

O Hospital Regional Ruy de Barros Correia faz parte de uma proposta de governo de reestruturação do modelo de atenção à saúde em Pernambuco, reorganizado com a perspectiva de estruturação de uma rede hospitalar Estadual regionalizada, hierárquica e integrada, com redefinição do perfil assistencial dos hospitais de sua rede e ao mesmo tempo propondo medidas para promover melhor acesso da população aos serviços de urgência e emergência e assistência hospitalar.

A emergência funciona com classificação de risco dentro dos parâmetros propostos pela política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e utiliza o protocolo adaptando os modelos Manchester e Canadense, de forma não informatizada.

Quadro 01- Resumo de informações

Organização Social	Organização Social de Saúde Hospital do Tricentenário
Contrato de gestão	001/2016
Localização	O HRRBC está localizado na Mesorregião do sertão de Pernambuco, pertencente a Microrregião da do Sertão de Moxotó, no Município de Arcoverde, do Estado de Pernambuco
Área de Abrangência	13 municípios: Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibirimir, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, sertânia, Tacaratu, Tupanatinga e Venturosa, com população beneficiada de aproximadamente 412.820 habitantes.
Perfil	assistência materno-infantil, clínica médica, traumato/ortopedia e clínica cirúrgica.
Capacidade	número total de 100 leitos, divididos em 92 para internamento, 06 leitos de UTI Geral e 02 leitos de recuperação Pós Anestésica, emergência com 06 leitos de observação adulta, 05 pediátrica, 08 obstétrica e 06 de estabilização, totalizando 25 leitos.
SADT: Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Patologia Clínica, Radiodiagnóstico, Raiox, Ultrassonografia .
Ambulatório de Egresso	Deve ofertar a seguintes especialidades de urologia, traumato/ortopedia, ginecologia, obstetrícia, cirurgia geral, clínica médica e pediatria. (Obs.Sem atividade ambulatorial no período)

INTRODUÇÃO

O Relatório Trimestral apresenta os resultados obtidos com a execução do Contrato de Gestão nº 01/2016 celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco e a Organização Social de Saúde Hospital do Tricentenário, para o gerenciamento do Hospital Regional Ruy de Barros Correia (HRRBC), localizado no Município de Arcoverde, em conformidade com a Lei Estadual nº 15.210/2013, elaborado a partir do acompanhamento das atividades assistenciais executadas na unidade, referente ao período de Abril a Junho de 2017, por meio de visitas sistemáticas, acompanhamento dos relatórios gerenciais mensais, com o objetivo de avaliar o cumprimento das metas contratadas.

As ações atuais incluíram, entre outras iniciativas, a adoção de um modelo de gestão que propicia uma melhor relação custo e efetividade na assistência hospitalar, especialmente no atendimento de casos de Urgência e Emergência, Cirurgia Geral e Traumatismo Ortopedia para adultos, que atualmente sobrecarregam os hospitais da rede estadual.

O modelo de gerenciamento de serviços de saúde em parceria com Organizações Sociais de Saúde – OS, foi a alternativa definida pelo Governo de Pernambuco para a operacionalização atualmente de dez hospitais e quinze Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e dez Unidades Pernambucanas de Atendimento Especializado (UPAE).

ANÁLISE ASSISTENCIAL

O Contrato de Gestão é dividido em parte fixa (70%), e parte variável (30%) . A Análise dos indicadores é realizada sob a parte variável desse contrato, onde estão contemplados os Indicadores de Produção e de Qualidade, a seguir descritos.

INDICADORES CONTRATUAIS

1.INDICADORES DE PRODUÇÃO

A Produção de referência para esta avaliação é proposta no Contrato de Gestão e seus respectivos Termos Aditivos, que deve ser acompanhada mensalmente e avaliada trimestralmente, correspondendo a **20%** do repasse do recurso da parte variável do Contrato de Gestão, pautadas na capacidade instalada da Unidade, conforme descrição abaixo.

1.1.Saídas Hospitalares: 692/mês

1.2 Atendimentos de Urgência:7.455/mês

1.3 Atendimento Ambulatorial Médico :2.816 / mês

1.4 Atendimento Ambulatorial Não-Médico :616/mês

2. INDICADORES DE QUALIDADE

Estes indicadores correspondem a **10%** do repasse de recurso da parte variável do Contrato de Gestão, pautadas na capacidade instalada da Unidade, conforme descrição abaixo.

2.1. Qualidade da Informação – Vincula-se ao cumprimento de três indicadores: Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Porcentagem de Declaração de Diagnósticos Secundários por Especialidade, Taxa de Identificação da Origem do Paciente.

2.2. Atenção ao Usuário - A meta a ser atingida está vinculada ao cumprimento de dois indicadores: Pesquisa de Satisfação e Queixas Recebidas e Resolvidas.

2.3. Controle de Infecção Hospitalar - A meta a ser atingida é o relatório mensal da Comissão de Controle e Infecção Hospitalar contendo as informações preconizadas no Contrato de Gestão

2.4 Mortalidade Operatória- A meta a ser atingida é o envio da informação por meio do sistema de gestão e o envio do relatório mensal no prazo preconizado.

1. INDICADORES DE PRODUÇÃO

1.1. Saídas Hospitalares

É a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito. As transferências internas não são consideradas saídas para os cálculos das estatísticas hospitalares.

A Tabela 1 demonstra o total de Saídas Hospitalares no período avaliado, num total de 2.471 saídas, correspondendo a 119,03% de execução da meta contratada de 2.076 saídas para o trimestre. A Unidade atingiu o parâmetro mínimo da meta contratada, 85%. Portanto, a meta foi considerada cumprida no período.

Tabela 01 - Saídas Hospitalares

SAÍDAS HOSPITALARES – Abril a Junho- 2017			
	Contratado	Realizado	% atingido
Abril	692	784	113,29%
Mai	692	830	119,94%
Junho	692	857	123,84%
Total trimestre	2076	2471	119,03%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

1.2. Atendimentos de Urgência

São considerados atendimentos de urgência aqueles não programados, dispensados, de forma referenciada, pelo serviço de Urgência do Hospital a pessoas que procurem tal atendimento, nas 24 horas do dia, durante todos os dias do ano.

A demanda para Urgência/Emergência é referenciada e espontânea, o que contribui para maior acesso da população.

A tabela 02 demonstra o número de Atendimentos de Urgência no período avaliado, que teve um total de 32.747 atendimentos, representando um percentual de 146,42%. A meta para o indicador Atendimentos de Urgência foi cumprida para o período.

Tabela 02 – Atendimentos de Urgência

ATENDIMENTOS URGÊNCIA Abril a Junho- 2017

	Contratado	Realizado	% atingido
Abril	7455	10769	144,45%
Maiο	7455	11049	148,21%
Junho	7455	10929	146,60%
Total trimestre	22365	32747	146,42%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

NOTA: No registro dos atendimentos de urgência estão contabilizados os atendimentos da enfermagem, realizados na classificação de risco e os atendimentos de urgência médica.

Acolhimento e Classificação de Risco

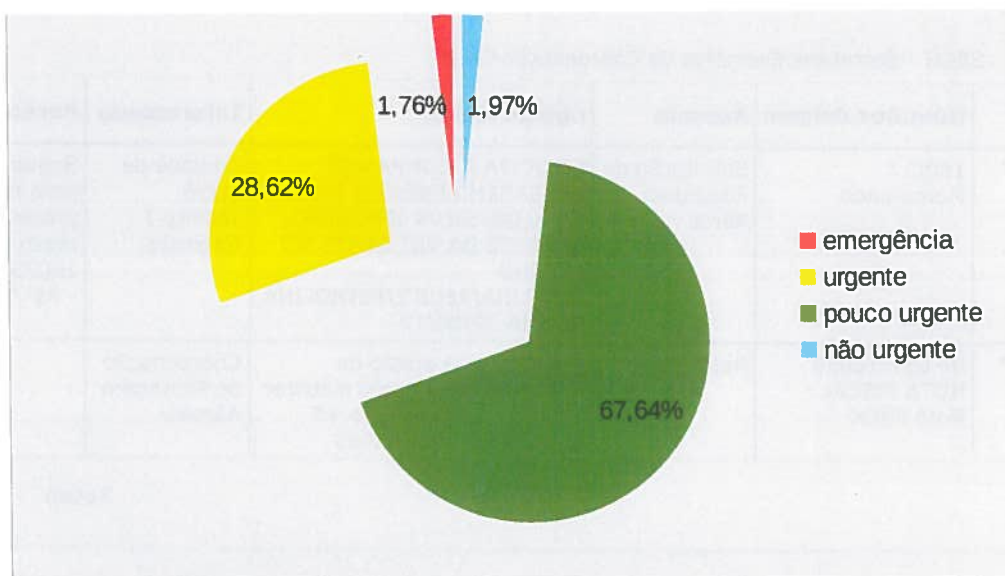
A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e pressupõe agilidade na assistência por nível de complexidade e não por ordem de chegada.

O protocolo adotado no HRBC para Classificação de Risco segmenta os pacientes de acordo com a gravidade clínica de cada caso. O paciente recebe uma pulseira de identificação por cores que pode ser vermelha que identifica as emergências e o paciente deve ser atendido imediatamente; amarela, que identifica um caso urgente e o paciente deve ser atendido em até 30 minutos; verde, que identifica um caso pouco urgente e o paciente pode ser atendido em até 60 minutos ou azul, que identifica um caso não urgente e o paciente pode ser atendido em até 120 minutos.

O hospital utiliza protocolo adaptado do modelo Manchester com o Canadense para acolhimento e classificação de risco, porém sendo este não informatizado.

Foram realizadas no trimestre em questão, 13.343 classificações de risco do total de 13.861 atendimentos de urgência médica, portanto a classificação representou 96,2% da produção de urgências no trimestre. O gráfico 1 demonstra os percentuais atingidos conforme classificação.

Gráfico 1- Acolhimento e Classificação de risco – Percentuais no trimestre (Abril-Junho)



Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

1.3. Atendimento Ambulatorial

1.3.1 Atendimento Ambulatorial Médico e Atendimento Ambulatorial Não- Médico

A Unidade iniciou suas atividades ambulatoriais, conforme Proposta de Trabalho, com pacientes egressos do próprio hospital e referenciados pela Central de Regulação da SES/PE, nas especialidades de urologia, traumatismo/ortopedia, ginecologia, obstetrícia, cirurgia geral, clínica médica e pediatria (o Ambulatório teve início no mês de Abril de 2017).

A atividade ambulatorial médica teve seu início em abril/2017 e atingiu para o trimestre em análise 9,23% da produção contratada. A unidade não atingiu a meta estabelecida no período.

Tabela 03 – atendimentos Ambulatoriais Médicos

ATENDIMENTOS DE AMBULATORIAIS MÉDICOS Abril a Junho- 2017			
	Contratado	Realizado	% atingido
Abril	2816	525	18,64%
Maio	2816	155	5,50%
Junho	2816	100	3,55%
Total trimestre	8448	780	9,23%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

A atividade ambulatorial não médica teve seu início em maio/2017 e atingiu para o trimestre em análise 135,77% da produção contratada. A unidade atingiu a meta estabelecida no período.

Tabela 04 – atendimentos Ambulatoriais Médicos

ATENDIMENTOS DE AMBULATORIAIS NÃO- MÉDICOS
Abril a Junho- 2017

	Contratado	Realizado	% atingido
Abril	616	0	0,00%
Maio	616	1202	195,13%
Junho	616	1307	212,18%
Total trimestre	1848	2509	135,77%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.INDICADORES DE QUALIDADE

2.1. Qualidade da Informação

2.1.1 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Avalia a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar. Nesses casos a meta a ser cumprida é apresentação de 90% das AIH referentes às saídas em cada mês de competência. O prazo para a entrega da informação deverá ser até o 15º dia do mês subsequente sendo enviado diretamente ao nível central da SES (Regulação). A Unidade apresentou no Trimestre 2.358 AIH, sendo 2.306 do mês de competência, e teve um volume de Saídas Hospitalares de 2.471 com percentual de 93,32% de apresentação, cumprindo a meta contratual.

Tabela 05 – Autorização de Internação Hospitalar - AIH

AIH- Abril a Junho- 2017

	Saídas	AIH apresentadas	AIH do mês de competência	% AIH de competência
Abril	784	759	748	95,41%
Maio	830	765	753	90,72%
Junho	857	834	805	93,93%
Total	2471	2358	2306	93,32%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

Das AIH apresentadas no trimestre de Abril a Junho de 2017 (2.358), foram aprovadas 2.306 e 52 rejeitadas, representando um montante de R\$ 61.719,75; valor este, que deixou de ser aportado ao Hospital Ruy de Barros Correia.

A tabela 07 demonstra os motivos das glosas realizadas, pelo SIH/SUS, no trimestre em análise. Destaca-se "profissional irregular por portaria 134", representando o valor total de R\$38.929,22.

Mês	AIH						Valores Aprovados			Valores sem Ocorrências de Glosas
	Apresentada	Aprovada	Rejeitada				Serviço Hospitalar	Serviço Profissional	Total	
			Rejeitada		Valor R\$	% Financeiro de Rejeição				
Abril	773	722	51	8,60	30.064,21	5,57	365.036,69	144.630,77	509.667,46	509.667,46
Maio	815	802	13	1,60	16.058,17	2,91	376.154,01	158.890,19	535.044,20	535.044,20
Junho	846	825	21	2,48	15.597,37	2,91	366.192,06	154.915,48	521.107,54	536.704,91
Total	2.434	2.349	85	3,49	179.033,16	11,00	1.107.382,76	458.436,44	1.565.819,20	1.627.538,95

Fonte: SIH / SUS

Tabela 06 – Autorização de Internação Hospitalar - AIH Fonte: DATASUS/SIH/SUS

MOTIVOS DA REJEIÇÃO	ABRIL	MAIO	JUNHO	TOTAL
AIH CANCELADA POR DUPL. INTERNAÇÃO C/INTERSERÇÃO DE PERÍODOS		857,8		857,80
QUANTIDADE DE DIÁRIAS DE UTI SUPE	3040,37			3.040,37
QUANTIDADE DE DIÁRIAS SUPERIOR A CAPACIDADE INSTALADA			4665,32	4.665,32
PROFISSIONAL NÃO VINCULADO AO CNES	199,32	569,76	8360,26	9.129,34
PROFISSIONAL IRREGULAR PORT 134	24.821,11	13481,01	627,1	38.929,22
PROFISSIONAL AUTONOMO NÃO CADASTRADO	2003,41			2.003,41
TOTAL DE DIÁRIAS DE ACOMPANHANT			1944,69	1.944,69
TOTAL DE DIARIAS SUPERIOR AO PERIODO DE INTERNAÇÃO		1149,6		1.149,60
TOTAL	30.064,21	16.058,17	15.597,37	61.719,75

Tabela 07 – Motivos de rejeição de AIH Fonte: DATASUS/SIH/SUS

2.1.2 Diagnóstico Secundário

O Diagnóstico Secundário é uma variável que deve ser registrada, pois é fundamental para avaliar a complexidade das internações. O preenchimento de apenas uma afecção (CID-10 Principal) para cada atendimento pode ocasionar a perda de informações importantes, dificultando assim a avaliação do perfil epidemiológico dos hospitais. Com essa variável é possível especificar as afecções que existem ou se desenvolvem durante o atendimento e que afetam as condições do paciente, além de classificar as ocorrências e circunstâncias ambientais, como a causa de lesões, envenenamentos etc. O parâmetro é por especialidade,

sendo para esta Unidade, avaliados apenas Diagnóstico Secundário na Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, com parâmetro mínimo de 14% e 22%, respectivamente.

A Unidade apresentou percentual de Diagnósticos Secundários no período avaliado, como demonstra a tabela abaixo. A meta foi considerada cumprida para o referido indicador.

Tabela 08. Diagnóstico Secundário-

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO					
Mês		Abr	Mai	Jun	2º Trim
Clínica Médica (14%)	Nº AIH Apresent.	162	167	208	537
	Nº Diag. Secund.	137	123	203	463
	%	84,57%	73,65%	97,60%	86,22%
Cirurgia Geral (22%)	Nº AIH Apresent.	186	168	176	530
	Nº Diag. Secund.	174	152	168	494
	%	93,55%	90,48%	95,45%	93,21%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.1.3 Taxa de Identificação da Origem do Paciente (CEP Válidos):

O objetivo é conhecer a localidade de residência do paciente para avaliar a adequada inserção regional do hospital por meio da caracterização da origem da demanda. O indicador permite melhor planejamento regional dos serviços de saúde ao identificar fluxos de referência corretos e incorretos e utiliza a identificação correta do Código de Endereçamento Postal (CEP) e do código do IBGE, obrigatórios no Sistema Informações Hospitalares (SIH/SUS) e registrados na internação hospitalar ou atendimento ambulatorial do paciente. A meta é atingir 90% de CEP válidos e compatíveis. Código do CEP válido é o que corresponde a um logradouro (bairro, cidade, praça, rua, avenida, etc.) específico. CEP compatível é o que encontra correspondência com o código do IBGE do município, pois existe a possibilidade de um CEP válido (que corresponde a um número existente do código postal) não estar de acordo com o logradouro indicado como de residência do paciente.

A Unidade cumpriu a meta para o Indicador Taxa de Origem do Paciente(CEP), atingindo valores superiores a 90% para o indicador , conforme demonstra a tabela abaixo.

Tabela 09. Taxa de Identificação de Origem – CEP Válidos

TAXA DE ORIGEM DO PACIENTE – ABRIL A JUNHO -2017			
	CEP APRESENTADO	CEP VÁLIDO	% CEP Válido
Abril	759	719	94,73%
Mai	765	720	94,12%
Junho	834	776	93,05%
Trimestre	2358	2215	93,94%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.2 Serviço de atenção ao Usuário

2.2.1 Queixas Recebidas e Resolvidas

A meta é a resolução de 80% das queixas recebidas. Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio, necessariamente com identificação do autor, e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

Houve 05 queixas apresentadas no período, com resolução de todas, portanto, a meta foi considerada cumprida para o indicador em questão.

Tabela 10. Queixas Recebidas e Resolvidas

RESOLUÇÃO DE QUEIXAS – ABRIL A JUNHO -2017				
	Abril	Mai	Junho	Trimestre
Queixa	2	3	0	5
Resolvida	2	3	0	5
Percentual %	100%	100%	100%	100%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.2.2 Pesquisa de Satisfação do usuário

A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento do hospital destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes ou acompanhantes. Em cada trimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio dos questionários específicos, que deverão ser aplicados mensalmente em pacientes internados e acompanhantes e a pacientes atendidos nos ambulatórios dos hospitais, abrangendo 10% do total de pacientes em cada área de internação e 10% do total de pacientes atendidos em consulta no ambulatório. A pesquisa será feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica. A meta a ser atingida é o envio das planilhas de consolidação dos três grupos. A Unidade apresentou 761 pesquisas realizadas no setor de internamento com pacientes e acompanhantes, representando 31,14%. A unidade apresentou no ambulatório 684 pesquisas de satisfação com os pacientes, representando 78,35%

A meta foi considerada cumprida para este indicador, já que os relatórios exigidos foram entregues dentro do prazo preconizado.

Tabela 11. Pesquisa de satisfação -Internamento

PESQUISA DE SATISFAÇÃO-INTERNAMENTO				
Mês	Abr	Mai	Jun	Trimestre
Internações	817	837	790	2.444
nº de entrevistados	245	243	273	761
%	29,99	29,74	34,56	31,14%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

PESQUISA DE SATISFAÇÃO-AMBULATÓRIO				
Mês	Abr	Mai	Jun	Trimestre
ambulatório	525	155	193	873
nº de entrevistados no ambulatório	134	297	253	684
%	25,52	56,57	131,09	78,35%

Tabela 12. Pesquisa de satisfação -Ambulatório

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.3 - Controle de Infecção Hospitalar

2.3.1 – Controle de Infecção Hospitalar

A meta a ser cumprida é a entrega do relatório mensal elaborado pela CCIH que contenham as informações preconizadas no Contrato de Gestão abrangendo os valores de cada mês. No período em análise a meta foi cumprida.

Com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência os seguintes indicadores são analisados: Densidade de Infecção Hospitalar em UTI, Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central em UTI e Densidade de Incidência de Pneumonia associada ao uso de Ventilação Mecânica na UTI. Além das taxas de utilização de cateter venoso central e taxa de utilização de ventilação mecânica na UTI. Os referidos indicadores obtiveram os resultados apresentados nas tabelas 13 e 14 abaixo.

Conforme Contrato de Gestão, os critérios adotados devem ser os estabelecidos pelo NNISS(National Nosocomial Infection Surveillance System) que é a metodologia utilizada pelo CDC (Center for Disease Control-EUA).

O Hospital encaminhou mensalmente o relatório da CCIH anexo ao Relatório Gerencial da Unidade.

Tabela 13- Densidades de Infecção

CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR				
	Abril	Maio	Junho	Média Trimestre
Densidade de Infecção Hospitalar em UTI	33,9	30,61	26,31	30,27
Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central	0	0	0	0
Densidade de incidência de pneumonia associada a PAV em UTI	33,7	15,03	16,7	21,81

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

Tabela 14 -Taxas de infecção

CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR				
	Abril	Maio	Junho	Média Trimestre
taxa de utilização de cateter venoso	81,92	92,34	91,6	88,62
taxa de utilização de ventilação mecânica na UTI	50,3	67,85	63,15	60,43

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

2.4. Mortalidade Operatória

2.4.1 - Taxa de Mortalidade Operatória

Com a finalidade de monitorar o desempenho assistencial na área de cirurgia, devem ser acompanhados como indicadores a Taxa de mortalidade operatória estratificada por classes (1 a 5) da classificação da American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology e a Taxa de cirurgia de Urgência .

A taxa de mortalidade operatória é expressa pelo número de óbitos operatórios (relacionados com o ato operatório) ocorridos até 07 dias da cirurgia, dividida pelo número total de atos cirúrgicos. Referência é de 2% - Portaria 1101/GM/MS – 2002.

Do total de 1.198 cirurgias realizadas no Hospital Ruy de Barros, no trimestre de abril a junho/17, foram registrados 2 óbitos, ou seja, apenas o percentual de 0,50%, conforme demonstra a tabela abaixo.

Tabela 15- Taxa de Mortalidade Operatória

TAXA DE MORTALIDADE OPERATÓRIA – ABRIL A JUNHO -2017				
	Abril	Maio	Junho	Trimestre
Óbitos	0	1	1	2,00
Cirurgias Executadas	385	426	387	399,33
Taxa de Mortalidade Operatória	0,00%	0,23%	0,26%	0,50%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

A meta deste indicador é o envio das informações pelo sistema de gestão e através dos relatórios gerenciais no prazo estipulado no Contrato de Gestão. A meta foi cumprida.

2.4.2 - Taxa de Cirurgia de Urgência

A atividade cirúrgica da Unidade no período foi de 1.198 cirurgias, sendo 898 em caráter de urgência e 300 eletivas. O percentual de cirurgias de urgência foi de 74,96%. A Unidade enviou os Relatórios Mensalmente até o 20º dia útil do mês subsequente, portanto, cumprindo com a meta.

Tabela 16- Taxa de Cirurgia de Urgência

TAXA DE CIRURGIA DE URGÊNCIA				
	Abril	Maio	Junho	trimestre
Total de cirurgias de urgência executadas	262	342	294	898
Total de cirurgias (eletivas+ urgência) executadas	385	426	387	1198
taxa de cirurgia de urgência	68,05%	80,28%	75,97%	74,96%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

EXTRA CONTRATUAIS

Os indicadores extra-contratuais, apesar de não estarem previstos em Contrato de Gestão tem sua importância vinculada a necessidade do acompanhamento e avaliação do desempenho, relacionadas às atividades concernentes a assistência e a gestão. De modo que não apresentam valoração financeira nem meta estipulada, sendo alguns avaliados por parâmetros construídos em âmbito nacional.

3. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

3.1- Taxa de Cesáreas e Cesáreas em Primíparas

É o indicador relativo à avaliação de resultado/efetividade, a Referência é de 35% (Resolução CIB nº 939/2005). A Clínica Obstétrica constitui uma das principais áreas de internação do HRBC. A taxa de cesariana em primíparas é um indicador que deve refletir o resultado obtido com o processo de melhoria contínua da Unidade. O índice para o indicador,

no período avaliado, foi de 47,15% para Cesáreas em Primíparas, como apresenta a tabela abaixo.

Tabela 17-Taxa de Cesariana em Primíparas

TAXA DE CESARIANA EM PRIMÍPARAS- ABRIL A JUNHO -2017				
	Abril	Maió	Junho	Trimestre
Nº de partos em primíparas	125	152	162	439
nº de cesáreas em primíparas	61	75	71	207
% de cesariana em primíparas	48,80%	49,34%	43,83%	47,15%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

3.2- Proporção de Óbitos Maternos Investigados e Óbitos Fetais Analisados

3.2.1 Proporção de Óbitos Maternos Investigados

Este indicador tem a finalidade de o hospital monitorar a mortalidade materna que é um indicador de saúde feminina e que representa acesso da mulher à assistência à saúde e a adequação do sistema de saúde em responder suas necessidades.

A Unidade encaminhou mensalmente o Relatório da Comissão de Óbitos, informando que não houve ocorrência de óbito materno no período.

3.2.2 Proporção de Óbitos Fetais Analisados

A finalidade é que o hospital monitore os óbitos fetais ocorridos durante determinado período e possa determinar suas causas, registre no banco de dados oficiais e que sirva de indicador para políticas públicas de saúde.

A meta é 50% de óbitos fetais analisados com peso igual ou menor que 2.500g e é dado pela relação entre número de óbitos fetais com peso $\leq 2.500g$ analisados e o número total de óbitos fetais com peso $\leq 2.500g$ multiplicado por 100. A Unidade encaminhou mensalmente o Relatório da Comissão de Óbitos, com a análise dos óbitos no período, houve 14 óbitos no período analisado, com investigação de todos.

Tabela 18. Óbitos Fetais Analisados

INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS FETAIS				
	Abril	Maió	Junho	Trimestre
Total de óbitos fetais	5	3	6	14
Total de óbitos analisados	5	3	6	14
Proporção de Óbitos Fetais Analisados	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

3.3- Proporção de Recém Nascidos vacinados contra Hepatite B e com a BCG:

3.3.1 Proporção de RN nascidos vivos vacinados contra Hepatite B até a 12ª hora de vida

O indicador é dado pela relação entre o número de RN nascidos vivos vacinados contra Hepatite B até a 12ª hora de vida e o número total de RN nascidos vivos, multiplicado por 100. A Unidade apresentou relatório do número de recém-nascidos vacinados contra Hepatite B no período avaliado.

3.2.2 Proporção de RN nascidos vivos vacinados com a vacina BCG com peso $\geq 2.000g$

O indicador é dado pela relação entre o número de RN nascidos vivos vacinados com a vacina BCG com peso $\geq 2.000g$ até a data da alta e o número total de RN nascidos vivos com peso $\geq 2.000g \times 100$. A Unidade apresentou relatório do número de recém-nascidos vacinados com a BCG no período avaliado.

Tabela 19. Recém -nascidos vacinados

% DE RECÉM-NASCIDOS VACINADOS				
	Abril	Maio	Junho	Trimestre
Total de recém-nascidos	279	323	323	925
nascidos com a 1ª dose da vacina contra Hepatite B	275	311	316	902
% de vacinados contra Hepatite B	98,57%	96,28%	97,83%	97,51%
Total de recém-nascidos com peso $> 2000g$	279	319	323	921
	275	311	315	901
	98,57%	97,49%	97,52%	97,83%

Fonte: Relatórios Gerenciais / Sistema de Gestão, Importante ressaltar que, os percentuais que ficaram abaixo dos 100%, ocorreram, conforme justificativa da Unidade, por tratarem-se de casos contra- indicados pelo protocolo de neonatologia do Ministério de Saúde.

3.4 Taxa de Ocupação Operacional - TO (%)

Taxa de Ocupação Operacional é a relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia em determinado período, multiplicado por 100. O valor de referência

utilizado é o dado pela portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002, que estabelece como parâmetro a Taxa de Ocupação entre 80 e 85%.

A Taxa de Ocupação média geral foi de 88,31% no período avaliado.

Tabela 20- Taxa de Ocupação Operacional -Média trimestre

TAXA DE OCUPAÇÃO –Média Geral				
	Abril	Maio	Junho	
Taxa de Ocupação Geral	85,44%	90,87%	88,63%	88,31%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

Tabela 21 - Taxa de Ocupação Operacional por Clínica

TAXA DE OCUPAÇÃO – ABRIL A JUNHO -2017				
	Abril	Maio	Junho	Média Trimestre
Clínica Médica	86,00%	62,11%	53,93%	67,35%
Clínica Cirúrgica	218,90%	312,90%	287,77%	273,19%
Clínica Obstétrica	77,80%	91,21%	103,33%	90,78%
Clínica Pediátrica	39,44%	60,60%	45,00%	33,35%
Traumato/Ortopedia	153,33%	209,70%	296,66%	219,90%
UTI Adulto	98,33%	105,40%	105,55%	103,09%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

3.5 Tempo Médio de Permanência – TMP (dias)

Caracteriza-se pela relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital.

O valor de referência da Portaria MS nº 1101/2002 é de 5,2 dias para Clínica Médica, 3,0 dias para Clínica Obstétrica e 6,0 dias para Pediatria (valores de referência dado pela portaria n.º 1101/MS – 2002).

A média geral do Tempo Médio de Permanência no período foi de 3,23 dias. A tabela abaixo demonstra por Clínica o TPM para o período avaliado.

Tabela 22. Tempo Médio de Permanência – Média Geral

TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA –MÉDIA GERAL

	Abril	Maio	Junho	Média Trimestre
Tempo Médio de permanência	3,20	3,40	3,10	3,23

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

Tabela 23. Tempo Médio de Permanência por Clínica

TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA – ABRIL A JUNHO -2017

	Abril	Maio	Junho	Média Trimestre
Clínica Médica	6	3,81	2,82	4,21
Clínica Cirúrgica	2,3	4	3,43	3,24
Clínica Obstétrica	2	2,42	2,6	2,34
Clínica Pediátrica	2,6	3,41	2,4	2,80
Traumato/Ortopedia	2,7	2,9	7	4,20
UTI Adulto	10,41	16,33	10,55	12,43

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

3.6 Índice de rotatividade de Leitos

O indicador mede a rotatividade do leito hospitalar na unidade (quantos pacientes utilizam o mesmo leito no mês).

A tabela 24 apresenta o Índice de rotatividade/mês, alcançando como média geral 8,30, no período avaliado. O valor de referência também é dado pela portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002 que é de 4 a 6 pacientes leito/mês para internamento.

Tabela 24. Índice de rotatividade – Média Geral

ÍNDICE DE ROTATIVIDADE DOS LEITOS –MÉDIA GERAL

	Abril	Maio	Junho	
Índice de Rotatividade dos Leitos	8	8,30	8,6	8,30

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

Tabela 25. Índice de rotatividade por Clínica

ÍNDICE DE ROTATIVIDADE DOS LEITOS – ABRIL A JUNHO -2017				
	Abril	Maio	Junho	Média Trimestre
Clínica Médica	4,33	5,05	5,71	5,03
Clínica Cirúrgica	29	24,33	25,2	26,18
Clínica Obstétrica	11,85	11,7	12,06	11,87
Clínica Pediátrica	4,55	5,5	5,6	5,22
Traumato/Ortopedia	15,5	22,5	13,5	17,17
UTI Adulto	2,83	2	3	2,61

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

3.7- Taxa de Mortalidade Institucional- Tx Mort Inst:

É obtida através da relação entre o número de óbitos após 24h de internação e o número de saídas (altas e óbitos) no mesmo período, multiplicado por 100. A Referência é 2,63% - Portaria 1101/GM – 2002.

Na tabela 26 observa-se que a Unidade apresentou uma Taxa de Mortalidade Institucional no trimestre de 2,47%, acima do valor de referência.

Tabela 26. Taxa de Mortalidade Institucional

TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL – ABRIL A JUNHO -2017				
	Abril	Maio	Junho	Média Trimestre
Óbitos >24h	21,00	21	19	20,33
Saídas	784,00	830	857	823,67
Taxa de Mortalidade Institucional –	2,68%	2,53%	2,22%	2,47%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

3.8 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT

O SADT é uma modalidade de prestação de serviço ofertada nas unidades de saúde, sendo responsável pela realização de exames complementares das linhas de cuidado da atenção básica e da atenção especializada. O objetivo do SADT é apoiar a realização de um diagnóstico assertivo dos casos de usuários de uma determinada região.

Pode-se observar, na tabela 27, que o Hospital Ruy de Barros realizou, no trimestre de Abril junho/17, 19.958 exames, destacando-se o maior nº de exames em Patologia Clínica (14.679) e menor número em diagnose (26).

Tabela 27 - SADT

SADT				
	Abril	Maio	Junho	Trimestre
Patologia Clínica	3617	4693	6369	14679
USG	244	327	214	785
Diagnose	6,00	11	9	26
Anatomopatologia	0	0	0	0
Radiodiagnóstico	1407	1554	1507	4468
Tomografia Computadorizada	0	0	0	0
USG c/doppler	0	0	0	0
Total	5274	6585	8099	19958

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

3.9 Revisão de Prontuários

A Resolução 1638/2002, do Conselho Federal de Medicina, torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. O prontuário é peça fundamental no setor de saúde, uma vez que materializa as informações dos pacientes, colhidas ao longo de todo o processo de assistência, que o mesmo recebe.

Na Tabela 28 verifica-se que, no trimestre em análise, 32,50% dos prontuários dos pacientes foram revisados, destes, 100% estavam completos.

Tabela 28 – Revisão de Prontuários

REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS				
	Abril	Maio	Junho	trimestre
total de prontuários	784	830	857	2471
total de	719	21	63	803
%	91,71%	2,53%	7,35%	32,50%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

4. Turnover

O Turnover demonstra a rotatividade dos funcionários da unidade, sendo este um indicador de gestão. É um termo usado para designar as entradas e saídas de funcionários em determinado período de tempo; o cálculo de turnover tem a função de demonstrar a percentagem de substituições de funcionários antigos por novos e, conseqüentemente, analisar a capacidade da unidade em manter os seus funcionários.

Na tabela 29 verifica-se as informações mensais dos números de admissões e demissões ocorridas no trimestre em análise. Observa-se que, nesse período, a Unidade apresentou percentual de 3,73%; portanto, acima do preconizado no índice do PROAHSA (2%.)

Tabela 29 – Turnover

TURNOVER				
	Abril	Maio	Junho	trimestre
Admissão	11	19	9	39
Demissão	9	8	2	19
Nº de funcionários – mês anterior – CLT	282	284	295	861
% Rotatividade	3,55%	4,75%	1,86%	3,37%

Fonte: Relatórios Gerenciais/Sistema de Gestão

5.COMISSÕES

O Hospital Ruy de Barros Correia possui as seguintes comissões implantadas e em funcionamento: Comissão de Revisão de óbitos, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão de Prontuários Médicos e Comissão de Farmácia, Terapêutica e Padronização de medicamentos. Além destas possui ainda o Núcleo de segurança do paciente. Em cumprimento à cláusula contratual e envio das atas.

Quadro 02 – Resumo da Execução dos Indicadores

HRRBC- RESUMO INDICADORES – TRIMESTRE 2017 – ABRIL A JUNHO				
Indicador	Contratado	Realizado	%	Status
1. INDICADOR DE PRODUÇÃO				
1.1 Saídas Hospitalares	2076	2471	119,03%	Meta cumprida
1.2 Atendimento de Urgência	22365	32747	146,42%	Meta cumprida
1.3 Atendimento Ambulatorial Médico	8448	780	9,23%	Meta não cumprida
1.4 Atendimento Ambulatorial Não Médico	1848	2509	135,77%	Meta cumprida
2. INDICADORES DE QUALIDADE				
2.1 Qualidade da Informação				
2.1.1 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar	Apresentação de 90% AIH referente às saídas em cada mês de competência. Entrega do relatório até o 20º dia útil do mês subsequente.	Relatório entregue	93,32%	Meta cumprida
2.1.2 Porcentagem de Declaração de Diagnósticos Secundários por Especialidade	14% Clínica Médica / 22% Clínica Cirúrgica	463CM/ 494CC	86,22%CM/93,21%CC	Meta cumprida
2.1.3 Taxa de Identificação da Origem do Paciente	90% dos CEPs válidos	Relatório enviado	93,94%	Meta cumprida
2.2 Atenção ao Usuário				
2.2.1 Pesquisa de Satisfação	Envio da Planilha de Consolidação dos três grupos até o 20º dia útil do mês subsequente.	Envio da planilha no prazo determinado com o resultado da pesquisa realizada	Pesquisa realizada com 31,14% de pacientes internados e 78,35% na área ambulatorial	Meta cumprida
2.2.2 Resolução de Queixa	Envio do relatório e resolução de 80% das queixas recebidas	Relatório entregue no prazo determinado com 100% das queixas resolvidas	relatório entregue no prazo determinado com 100% das queixas resolvidas	Meta cumprida

Quadro 03– Resumo da Execução dos Indicadores

HRRBC- – RESUMO INDICADORES – TRIMESTRE 2017 – ABRIL A JUNHO				
Indicador	Contratado	Realizado		Status
2.3 Controle de Infecção Hospitalar				
2.3.1 Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Geral	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	30,27	Meta cumprida
2.3.2 Densidade de Incidência de IHem Corrente Sanguínea associada a CVC	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	0,00	Meta cumprida
Densidade de incidência de pneumonia associada a PAV em UTI Geral	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	21,81	Meta cumprida
taxa de utilização de ventilação mecânica na UTI Geral	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	60,43%	Meta cumprida
2.3.3 Taxa de Utilização de CVC na UTI Geral	Envio do relatório da CCIH até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da CCIH no prazo determinado	88,62%	Meta cumprida
2.4 Mortalidade Operatória				
2.4.1 Taxa de Mortalidade Operatória	Envio do relatório da Comissão de Óbito até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da Comissão de Óbito no prazo determinado	0,50%	Meta cumprida
2.4.2 Taxa de Cirurgia de Urgência	Envio do relatório da Comissão de Óbito até o 20º dia útil do mês subsequente	Entrega do relatório da Comissão de Óbito no prazo determinado	74,96%	Meta cumprida

ANÁLISE FINANCEIRA

O Hospital Regional Ruy de Barros Correia recebe, mensalmente, recursos no valor de R\$2.063.246,76, para a manutenção das atividades. Este valor é dividido em fixo e variável, respectivamente 70% e 30%.

O recebimento da parte variável dependerá do cumprimento de metas contratuais de produção e de qualidade, conforme percentuais específicos nas tabelas abaixo.

Tabela 30 - Repasse de Gestão – Mensal

Tabela 50 - Repasse de Gestão – Mensal		Abril a Junho de 2017	
HOSP. REGIONAL RUY DE BARROS CORREIA			
REPASSE DE RECURSO			
Repasse Mensal	100%	R\$	2.063.246,76
Recurso fixo	70%	R\$	1.444.272,73
Recurso variável	30%	R\$	618.974,03
RECURSO VARIÁVEL			
Repasse Produção	20%	R\$	412.649,35
Internação	70%		288.854,55
Urgência	20%		82.529,87
Ambulatório	10%		41.264,94
Repasse Qualidade	10%	R\$	206.324,68
DA INFORMAÇÃO	25%		51.581,17
CGH	25%		51.581,17
ATENÇÃO AO USUÁRIO	25%		51.581,17
Mortalidade Operatória	25%		51.581,17

Considerando o trimestre de abril a junho de 2017, o valor acumulado de receitas, contabilizando todos os repasses e rendimentos de aplicações financeiras, é de R\$6.346.181,70, conforme tabela abaixo.

Tabela 31 - Repasse de Gestão – Acúmulo do Trimestre

<i>Hospital Ruy de Barros Correia - Trimestre Ano I</i>	ABRIL/17	MAIO/17	JUNHO/17	Total Trimestre
RECEITAS OPERACIONAIS	R\$	R\$	R\$	R\$
Repasse Contrato de Gestão (Fixo+Variável)	2.063.246,76	2.063.246,76	2.063.246,76	6.189.740,28
Repasse Contrato de Gestão (Odontologia)	0,00	0,00	0,00	0,00
Rendimento de Aplicações Financeiras	36.779,90	54.096,96	41.565,56	132.441,42
Reembolso de Despesas	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas	0,00	0,00	24000,00	24000,00
Desconto (Meta Não Atingida)	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DE REPASSES/RECEITAS	2.100.026,66	2.117.342,72	2.128.812,32	6.346.181,70

FONTE: RELATÓRIOS MENSIS SISTEMA DE GESTÃO, SUJEITOS A ALTERAÇÕES.

* Repasse informado de acordo com a modalidade contratual, por competência.

As despesas da unidade, referente a Recursos Humanos, são compostas pelos vínculos de celetistas, autônomos, comprovados por recibos de pagamentos autônomos

(RPA) e contratos com pessoas jurídicas. Esse tipo de despesa, perfaz em média um percentual de 75,29%/ mês em relação à receita mensal.

Tabela 32 - Despesa com Recursos Humanos

COMPARATIVO RECURSOS HUMANOS - HOSP. RUY DE BARROS CORREIA - Trimestre Ano I - Abril a Junho de 2017										
CATEGORIA PROFISSIONAL	TIPO	ABRIL/17			MAIO/17			JUNHO/17		
		QTD	REMUNERAÇÃO	relação custo mês JAN/FEV	QTD	REMUNERAÇÃO	relação custo mês FEV/MAR	QTD	REMUNERAÇÃO	
ADMINISTRATIVO	CLT	122	253.907,94	1,93%	122	258.805,55	6,41%	126	275.398,96	
MÉDICOS		34	407.037,10	2,66%	36	417.848,00	3,36%	37	431.896,86	
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE		128	244.215,10	-1,71%	137	240.033,46	7,72%	139	258.573,19	
BENEFÍCIOS				-1.304,52	-100,76%		9,94	17685,01%		1.767,83
IMPOSTOS+PROVISÕES				391.221,08	0,99%		395.080,70	5,43%		416.523,59
SUBTOTAL 01		284	1.295.076,70	1,29%	295	1.311.777,65	5,52%	302	1.384.160,43	
MÉDICOS	PESSOA JURÍDICA	3	92.200,00	-39,26%	3	56.000,00	21,43%	3	68.000,00	
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE		8	5.480,00	-41,61%	8	3.200,00	0,00%	8	3.200,00	
MÉDICOS	PESSOA FÍSICA	13	97.900,00	-30,23%	16	68.300,00	-1,17%	7	67.500,00	
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE		1	2.418,71	151,97%	4	6.094,42	32,66%	5	8.085,16	
ADMINISTRATIVO	PESS DA CONTRATO VA	8	6.281,64	-51,50%	4	3.046,52	-88,04%	5	364,34	
MÉDICOS	COOP ENTI VA	4	96.250,00	0,00%	4	96.250,00	10,31%	3	106.750,00	
SUBTOTAL 02		33	300.530,35	-22,51%	35	232.890,94	9,02%	28	253.890,50	
TOTAL RH (CLT+TERCEIRIZADO)		317	1.595.607,05	-3,19%	330	1.544.668,59	6,65%	330	1.638.050,93	
TOTAL DA REPASSE/RECEITAS			R\$ 2.100.026,66	0,82%	R\$ 2.117.342,72			0,54%	R\$ 2.128.812,32	
TOTAL RH % EM RELAÇÃO A PARCELA			75,98%	-3,98%	72,95%			5,47%	76,95%	
PRODUÇÃO			12.078	9,59%	13.236			-0,25%	13.203	
CUSTO MÉDIO - RH /PRODUÇÃO			R\$ 132,11	-11,66%	R\$ 116,70			6,31%	R\$ 124,07	
OBS: TOTAL CLT EM RELAÇÃO A PARCELA			61,67%		61,95%				65,02%	
FONTE: RELATÓRIOS MENSAIS SISTEMA DE GESTÃO, SUJEITOS A ALTERAÇÕES. * Benefício informado de acordo com a modalidade contratual, por competência.										

FONTE: RELATÓRIOS MENSAL SISTEMA DE GESTÃO, SUJEITOS A ALTERAÇÕES.
* Repasse informado de acordo com a modalidade contratual, por competência.

No comparativo das despesas da unidade entre o trimestre passado e o trimestre atual observa-se que o percentual de variação do custo médio/mensal do Hospital Regional Ruy de Barros Correia é de -7,03%, ou seja, no trimestre anterior o custo médio/mensal por produção foi de R\$ 173,43 e no trimestre atual foi de R\$ 161,24, conforme se pode observar abaixo.

Tabela 33 – Comparativo do Trimestre Anterior com o Trimestre Atual

COMPARATIVO DA MÉDIA TRIMESTRAL - HOSPITAL RUY DE BARROS CORREIA					
DESCRIÇÃO	QTD MÉDIA	HRBC TRIMESTRE ATUAL	% relação custo HRBC	QTD MÉDIA	HRBC TRIMESTRE ANTERIOR
1. PESSOAL	294	1.330.338,26	14,91%	275	1.157.687,91
ADMINISTRATIVO	123	262.704,16	8,66%	119	241.776,06
MÉDICOS	36	418.927,32	22,28%	28	342.699,62
OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	135	247.607,26	11,20%	128	222.672,16
BENEFÍCIOS		167,75	-92,06%		1.985,73
IMPOSTOS+PROVISÕES		400.941,79	15,00%		348.656,44
2. INSUMOS		196.971,86	-11,15%		221.693,20
3. MATERIAS/CONSUMOS DIVERSOS		103.040,36	-9,82%		114.267,62
4. SEGUROS /TRIBUTOS		2.031,86	33,48%		1.522,24
5. DESPESAS GERAIS		83.955,16	32,68%		63.276,58
6. SERVIÇOS TERCEIRIZADOS		330.985,07	10,42%		299.767,08
7. MANUTENÇÃO		22.852,63	-42,00%		39.402,60
TOTAL DESPESAS OPERACIONAIS		2.070.175,17	9,09%		1.897.597,20
TOTAL DA REPASSE/RECEITAS (MÉDIA TRIMESTRAL)		2.115.393,90	0,60%		2.102.682,13
DEFICIT/ SUPERÁVIT		R\$ 45.218,73	77,95%		R\$ 205.084,93
PRODUÇÃO MÉDIA		12.839	17,34%		10.942
TOTAL DE DESPESAS/PRODUÇÃO		R\$ 161,24	-7,03%		R\$ 173,43

FONTE: RELATÓRIOS MENSIS SISTEMA DE GESTÃO, SUJEITOS A ALTERAÇÕES.

* Repasse informado de acordo com a modalidade contratual, por competência.

Observa-se que as variações dos custos nas unidades são influenciadas pelo tipo de classificação de risco dos pacientes a depender da sua gravidade, além disso, outros fatores também provocam alteração no resultado como, por exemplo: o tempo de permanência do paciente na unidade, a localização do Hospital, entre outros.

Em relação ao comparativo das receitas com as despesas da unidade, no trimestre de janeiro a março de 2017, a unidade apresentou um superávit de R\$615.254,78, já no trimestre de abril a junho de 2017, observa-se que a unidade apresentou um superávit de R\$135.656,18. A unidade aumentou suas despesas em 9,09%.

Tabela 34 – Comparativo 2º Trimestre de 2017 - Receitas X Despesas

ANO	MÊS	RECEITA	DESPESA	DESPESA MÉDIA TRIMESTRAL	RESULTADO	
1	JAN/17	2.101.602,82	1.841.552,77	1.897.597,20	260.050,05	TRIMESTRE ANTERIOR 615.254,78
1	FEV/17	2.097.563,06	1.744.350,88		353.212,18	
1	MAR/17	2.108.880,50	2.106.887,95		1.992,55	
1	ABR/17	2.100.026,66	2.052.435,04	2.070.175,17	47.591,62	RESULTADO TRIMESTRE 135.656,18
1	MAI/17	2.117.342,72	1.965.947,51		151.395,21	
1	JUN/17	2.128.812,32	2.192.142,98		(63.330,66)	
				9,09%		

FONTE: RELATÓRIOS MENSIS SISTEMA DE GESTÃO, SUJEITO A ALTERAÇÕES

NOTA: 9,09 Referencia aumento da despesa em relação ao Trimestre anterior.

* Repasse informado de acordo com a modalidade contratual, por competência.

No que concerne ao apontamento de descontos, em relação ao cumprimento de metas contratuais valoradas, observa-se, conforme análise assistencial, que no item de produção, que a Hospital Regional Ruy de Barros Correia, não cumpriu todas as metas, havendo assim apontamento de desconto, conforme demonstrado no quadro abaixo.

Tabela 35 - Apontamentos de descontos

		DESCONTOS	TOTAL DE MESES	TOTAL DESCONTO
Produção	INTERNAÇÃO (Saídas Hospitalares)	0%	0	R\$ -
	URGÊNCIA	0%	0	R\$ -
	AMBULATÓRIO	45%	3	R\$ 55.707,66
Qualidade	DA INFORMAÇÃO	25%	0	R\$ -
	CCIH	25%	0	R\$ -
	ATENÇÃO AO USUÁRIO	25%	0	R\$ -
	Mortalidade Operatória	25%	0	R\$ -
TOTAL DESCONTOS:				R\$ 55.707,66

Em relação às prestações apresentadas, referente ao período abril á junho de 2017, informamos que estas foram encaminhadas de acordo com Manual de Orientações versão 2.0 e analisada pela equipe financeira da DGMMAS.

As prestações de contas dos meses de abril a junho de 2017 foram classificadas como REGULAR com ressalva, devido as informações abaixo apresentadas:

Análises documentais das prestações de contas do trimestre, pode-se observar as seguintes considerações:

- 1) **Recursos Humanos** – Divergência de entendimento no cálculo do BENEFÍCIOS.
- 2) **Itens de Consumo** – Houve divergência no item 3.2.
- 3) **Itens de Serviço** – Não acatada incidência de Juros.

Despesas não permitidas e/ou inseridas em contas divergentes, segue relato:

Abril 2017

1) **Item 1.4 Benefícios** – Retirado o valor referente ao desconto de refeição da folha geral, a despesa está demonstrada na conta 3.2 item de consumo conforme relatório, não considerado o valor de R\$3.719,50 evitando duplicidade.

2) **Item 3.2. Material/Gêneros Alimentícios** – Acrescentado o valor de R\$3.719,50 referente ao desconto de refeição da folha geral descontado no campo benefício, dessa forma conferindo com o relatório de consumo expedido pela O.S.S

Mai 2017

1)Item 1.4 Benefícios – Retirado o valor referente ao desconto de refeição da folha geral, a despesa está demonstrada na conta 3.2 item de consumo conforme relatório, não considerado o valor de R\$3.645,38 evitando duplicidade.

2)Item 3.2. Material/Gêneros Alimentícios – Acrescentado o valor de R\$3.645,38 referente ao desconto de refeição da folha geral descontado no campo benefício, dessa forma conferindo com o relatório de consumo expedido pela O.S.S.

Junho 2017

1)Item 1.4 Benefícios – Retirado o valor referente ao desconto de refeição da folha geral, a despesa está demonstrada na conta 3.2 item de consumo conforme relatório, não considerado o valor de R\$4.150,03 evitando duplicidade.

2)Item 3.2. Material/Gêneros Alimentícios – Acrescentado o valor de R\$4.150,03 referente ao desconto de refeição da folha geral descontado no campo benefício, dessa forma conferindo com o relatório de consumo expedido pela O.S.S.

3)Item 4.3.1 Juros - Retirados Juros no valor de R\$54,72 seguida orientação do parecer Gerência Geral de Assuntos Jurídicos (GGAJ – SES/PE) de 27 de julho de 2015.

PRAZOS

A unidade não apresentou dificuldades no cumprimento da entrega das pastas, diferentemente das solicitações das correções de inconsistências.

RECOMENDAÇÕES

- Cumprimento do prazo da entrega das correções.

CONCLUSÃO

No período de Abril a Junho de 2017, o Hospital Ruy de Barros Correia atingiu as seguintes médias referentes às metas contratadas de **119,03%** para o indicador Saídas Hospitalares, **146,42%** para indicador Atendimentos de urgência e não atingiu para ambulatório médico com **9,23%** para Atendimentos Ambulatoriais médicos e **135,77%** de atendimentos Ambulatoriais para não médicos. O Hospital cumpriu a meta para Atendimentos de urgência, para os indicadores de Saídas Hospitalares e para os atendimentos Ambulatoriais não Médicos. Não cumpriu para os Atendimentos Ambulatoriais Médicos. Porém, conforme previsto no anexo Técnico I do Contrato de Gestão nº01/2016, serão objeto de penalização financeira por não cumprimento dos atendimentos Ambulatoriais Médicos.

Referente à Qualidade da Informação, a Unidade, em comento, cumpriu todas as metas: apresentação de AIH (**93,32%**), declaração de diagnósticos secundários em clínica médica e clínica cirúrgica (**86,22% e 93,21%**), respectivamente, e taxa de identificação da origem do paciente (**93,94%**) cumprindo a meta do indicador pelo envio do relatório no prazo preconizado em contrato.

Quanto à Atenção ao Usuário, nos quesitos de pesquisa de satisfação e resolução das queixas recebidas, o HRRBC cumpriu as metas do trimestre em análise, pois apresentou os relatórios, com as informações dos indicadores, dentro do prazo contratual.

Com relação ao Controle de Infecção Hospitalar, nos indicadores densidade de infecção hospitalar em UTI Geral (30,27), densidade de incidência de infecção hospitalar em corrente sanguínea associada a CVC (0), Densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica em pacientes de UTI Geral (21,81), taxa de utilização de CVC em

UTI Geral(88,62%), taxa de ventilação mecânica em UTI Geral (60,43%) .Entregou os relatórios no prazo determinado em contrato; sendo assim, as metas foram consideradas cumpridas.

O Hospital Ruy de Barros Correia possui, já implantadas e em pleno funcionamento, as seguintes comissões: Comissão de Revisão de óbitos, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão de Prontuários Médicos e Comissão de Farmácia, Terapêutica Padronização de medicamentos. Além destas possui ainda o Núcleo de segurança do paciente.

Além dos dos indicadores previstos em contrato, foram analisados no trimestre de Abril a Junho, os seguintes indicadores: Revisão de prontuários 32,50% do total de prontuários, Taxa de Mortalidade Institucional (2,47%), SADT (19.958 exames), Taxa de Ocupação Operacional (103,09%), Tempo Médio de Permanência (3,23), Índice de Rotatividade (8,30),Turnover (3,37%).E também, Taxa de Cesáreas em Primíparas, Proporção de Óbitos Maternos Investigados, Proporção de Óbitos Fetais com peso menor ou igual a 2.500g Analisados, o HRBC cumpriu as metas. Em relação ao indicador Proporção de Recém- Nascidos vacinados contra Hepatite B e BCG, atingiu os seguintes percentuais: respectivamente,97,51% e 97,83%,Taxa de Mortalidade Operatória(0,50%) e Cirurgia de Urgência (74,96%).

Referente à análise financeira, verificamos que a unidade aumentou seus custos em 9,09%, que apresentou as Prestações de Contas referentes ao período abril a junho de 2017, de acordo com Manual de Orientações versão 2.0 e que estas foram classificadas como REGULAR com ressalva.

Quanto às recomendações da Comissão Mista de Avaliação, dispostas no relatório anual do exercício de 2016, ressaltamos que já estão sendo cumpridos por esta Diretoria, em relação ao relatório do trimestre em análise, os seguintes quesitos: acompanhamento da meta de Saídas Hospitalares conforme valor indicado no contrato (692/mês);inclusão de informações sobre o indicador Mortalidade Operatória e Taxa de Cirurgia de Urgência; ajustes quanto aos indicadores Diagnóstico secundário, Taxa de identificação de origem do paciente e Atenção ao Usuário;Indicador de pesquisa de satisfação com resultados apresentados conforme preconizado em contrato.

Por fim, os relatórios mensais, enviados pela Unidade em comento, atenderam, de um modo geral, a expectativa, levando em consideração sua organização, apresentação, sistematização e valorização de todas as categorias que trabalham para que o serviço funcione com qualidade.

Recife, Novembro de 2017.

Análise Assistencial

Marília Cunha

Coordenadora de Análise e Prestação de Contas.
DGMMAS/SEAS/SES

Análise Financeira

Michel Cleber

Superintendente de Gestão Clínica – DGMMAS
Mat. nº337.518-8

Danielly Martins

Gerente de Acompanhamento Contábil Financeiro
dos Contratos de Gestão- DGMMAS
Mat. Nº339.071-

ANEXOS(período: abril a junho de 2017)

Anexo 1: Relatório de Atividade Assistencial - Sistema de Gestão da SES
Anexo 2: Relatório de Indicador de Qualidade - Sistema de Gestão da SES
Anexo 3: Relatório de Indicador da Parte Variável- Sistema de Gestão – SES
Anexo 4: Boletim Diário de Atendimento (BID)

**PARECER DA COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO INTERNO,
CONFORME LEI 15.210/13.**

Diante das razões e fundamentos acima elencados, esta Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão, ratifica o presente Relatório Trimestral do período de abril a junho de 2017, referente ao Hospital Ruy de Barros Correia, tendo em vista ter restado comprovado que o referido instrumento contratual vem sendo executado através de uma gestão eficaz, oferecendo um atendimento de qualidade à população usuária do SUS, tudo em conformidade com os termos do inciso IV, do parágrafo único do artigo 15 da Lei Estadual nº 15.210/2013.

Outrossim, visando o cumprimento do artigo 16, da lei acima, essa Comissão encaminhará o presente Relatório Anual de Monitoramento à Comissão Mista de Avaliação para proceder a análise definitiva do mesmo e demais providências.

Recife, novembro de 2017.

Michel Cleber Gomes de Lima

Mat. nº 337.518-8

Andréa Franklin de Carvalho

Mat. nº 244.668-5

Danielly Martins Barbosa da Silva

Tereza Gristina da Silva

Mat. nº 339.071-3

Mat. nº 357.436-9



Katiana Alves Moreira

Mat. nº 336.951-0